

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Bachelorarbeit

Männer und Schmerzen

**Der Einfluss des männlichen Rollenbildes auf den Umgang mit
Schmerzen bei Männern**

Jennifer Jessica Kummli S10868214

Madeleine Lilian Merkel S10868255

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Pflege
Studienjahr:	6. Semester
Eingereicht am:	03.05.2013
Betreuende Lehrperson:	Frank Luck

Inhalt

Abstract	5
1. Einleitung	6
1.1 Ziele	6
1.2 Fragestellung	6
1.3 Abgrenzung	6
2. Theoretischer Hintergrund	8
2.1 Definitionen von Schmerz	8
2.2 Schmerzwahrnehmung	10
2.3 Umgang mit Medikamenten	10
2.4 Gender	10
2.5 Geschlechterrollen	11
2.6 Vier psychologische Theorien (Kasten, 2003)	12
2.6.1 Die Bekräftigungstheorie	12
2.6.2 Die Imitationstheorie	12
2.6.3 Die Identifikationstheorie	13
2.6.4 Die kognitive Theorie	13
2.6.5 Kritik an den Theorien	13
2.7 Geschlechtsstereotypen	14
2.8 „Der Mann“ und sein Gesundheitsverhalten	15
3. Methodischer Teil	18
3.1 Übergeordnetes Vorgehen	18
3.2 Literaturrecherche	18
3.3 Ein- und Ausschlusskriterien der verwendeten Literatur	19
3.4 Beurteilung der Studien	19
3.5 Studienübersicht	20
4. Resultate	24
4.1 Gender, coping and the perception of pain	24

4.1.1 Qualität der Studie	24
4.2 Geschlechterrolle und Schmerzerleben	25
4.2.1 Qualität der Studie	26
4.3 Struggling for a Tolerable Existence: The Meaning of Men's Lived Experiences of Living with Pain of Fibromyalgia Type	27
4.3.1 Qualität der Studie	28
4.4 Use, Perceived Effectiveness, and Gender Differences of Pain Relief Strategies Among the Community- Dwelling Elderly in Taiwan	28
4.4.1 Qualität der Studie	29
4.5 Concept priming and pain: an experimental approach to understanding gender roles in sex-related pain differences	30
4.5.1 Qualität der Studie	30
4.6 Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management?	31
4.6.1 Qualität der Studie	32
4.7 Gender bias in the observation of experimental pain	33
4.7.1 Qualität der Studie	34
4.8 Pain language and gender differences when describing a past pain event	34
4.8.1 Qualität der Studie	36
5. Diskussion	37
5.1 Zusammenfassung und kritische Diskussion der Ergebnisse der Studien in Bezug auf die Fragestellung	37
5.1.1 Umgang mit Schmerzen bei Männern	37
5.1.2 Einfluss des männlichen Rollenbilds	38
5.1.3 Kritische Stellungnahme zum Aufbau der verwendeten Studien in Bezug zur Fragestellung dieser Arbeit	39
5.2 Zusammenfassung und kritische Diskussion der Ergebnisse der Studien in Bezug auf den theoretischen Hintergrund	40
6. Theorie-Praxis-Transfer	43

6.1 Einfluss von Fachpersonen im Behandlungssetting	43
6.2 Evidenzbasiertes Wissen für die Praxis. Über Schmerz im Umgang mit Männern ...	44
6.3 Anwendung von Genderkompetenz	45
7. Schlussfolgerung	47
7.1 Offene Fragen	47
7.2 Zukunftsaussichten	47
8. Literaturverzeichnis	49
9. Tabellenverzeichnis	54
10. Danksagung	55
11. Eigenständigkeitserklärung	55
12 Anhang	56
12.1 Wortzahl	56
12.2. Glossar	56
12.3 Tabellarische Studienübersicht	59
12.4 Search History	88

Abstract

Ausgangslage

Die unterschiedlichen Schmerzwahrnehmungen von Männern und Frauen sind unter anderem zurückzuführen auf die vorherrschenden Geschlechterstereotypen innerhalb einer Gesellschaft.

Ziel

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, anhand der bearbeiteten Literatur darzustellen, welchen Einfluss das männliche Rollenbild in Bezug auf den Umgang mit Schmerzen bei Männern hat.

Methode

Für die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken CINHALL, Medline via Ovid SP und Sciencedirect nach relevanter Literatur recherchiert. Die gefundene Literatur wurde anhand von Beurteilungskriterien analysiert. Zudem haben die Autorinnen Fachliteratur und weitere, für das Thema relevante Publikationen verwendet.

Relevante Ergebnisse

Männer äussern sich ungern emotional zu ihrer Schmerzsituation. Im Gegensatz zu Frauen schätzen sie ihre Schmerzerfahrungen weniger gravierend ein und zeigen eine höhere Schmerztoleranz. Traditionell maskuline Geschlechtsrollennormen können im Verlauf einer chronischen Schmerzerkrankung oft nicht aufrechterhalten werden. Folgende Bewältigungsstrategien werden von Männern bevorzugt: das Fokussieren auf die für sie wahrnehmbaren Schmerzqualitäten und das aktive Teilnehmen an therapeutischen Massnahmen.

Schlussfolgerung

Das Anwenden von Genderkompetenz in der Pflege und das spezifische Ansprechen von Männern, kann das Schmerzmanagement optimieren.

Keywords

Pain management*, Gender*, Gender identity*, gender differences Pain*, Chronic pain* cope, coping, handling, dealing, Men's health*, Middle age*, sex, Nursing* hospital, acute care, acute pain*

1. Einleitung

Die medizinische Forschung basiert tendenziell auf dem männlichen Geschlecht (BAG, 2010), wobei die psychosozialen Dimensionen von Schmerz und Krankheit bei Männern kaum differenziert erforscht worden sind. In Bezug auf „den Mann“ weist die Forschung Lücken im sozialen und kulturellen Bereich auf, während in Bezug auf Frauen der biomedizinische² Bereich bis heute nur stiefmütterlich erforscht worden ist. Da sich der Einfluss des Geschlechts auf die Gesundheit mit der Zeit wandelt, müssen die erworbenen Erkenntnisse immer wieder aktualisiert und überprüft werden. In der Schmerzforschung wurden bisher die biologischen Faktoren (hormonelle, anatomische, physiologische und genetische) für die Differenzen zwischen den Geschlechtern verantwortlich gemacht. Wie psychosozial geprägte Geschlechtsrollenorientierungen und Geschlechtsrollennormen Schmerzen beeinflussen, wurde jedoch von der Forschung meist vernachlässigt (Teuber, Thiele und Eberhardt, 2006).

In der vorliegenden Arbeit möchten die Autorinnen zunächst die verschiedenen Ansätze von Gender¹⁰ im theoretischen Hintergrund darstellen. Anhand der Studienresultate wird das Thema weiter vertieft und diskutiert, während dann im Theorie-Praxis-Transfer das erarbeitete Wissen für die Praxis erläutert und bereitgestellt werden wird.

1.1 Ziele

Das Ziel dieser Arbeit ist es, anhand der bearbeiteten Literatur darzustellen, welchen Einfluss das männliche Rollenbild auf erwachsene Männer in Bezug auf den Umgang mit Schmerzen hat. Die Autorinnen möchten anhand dieser Arbeit den Umgang mit Schmerzen bei Männern offen legen und Männer dazu anregen, sich ihrem Verhalten bewusst zu werden und dieses zu reflektieren. Gesundheitsfachleuten soll mit Hilfe dieser Arbeit die Genderkompetenz näher gebracht werden.

1.2 Fragestellung

Was wird in der Literatur über den Umgang mit Schmerzen bei Männern beschrieben und welchen Einfluss hat das männliche Rollenbild auf ihr geschlechtsspezifisches¹² Schmerzverhalten?

1.3 Abgrenzung

Die Autorinnen fokussieren sich in dieser Arbeit bewusst auf das männliche Geschlecht. Männer mit kognitiven Einschränkungen wurden von der Thematik ausgeschlossen. Es

wurde keine klare Einschränkung bezüglich akutem oder chronischem Schmerz bei der Literaturrecherche gemacht.

2. Theoretischer Hintergrund

Um einen fundierten Einblick in das zu behandelnde Thema zu bekommen, werden die Autorinnen anhand verschiedener Studien und weiterer relevanter Sekundärliteratur den Stand der Forschung nachzeichnen. Schmerz wird dabei genauer definiert. Weiter wird das Thema Gender sowie die Geschlechterrollen¹⁴ und Geschlechtsstereotypen erklärt. Zuletzt werden „der Mann“ und sein Gesundheitsverhalten dargestellt.

2.1 Definitionen von Schmerz

In der vorliegenden Arbeit wird von akutem und chronischem Schmerz gesprochen. Um die Begrifflichkeiten zu verstehen, werden nachfolgend einige Definitionen zu dem Terminus Schmerz vorgestellt. Weiter werden die Auswirkungen von Schmerz auf das alltägliche Leben, die Bedeutung von Schmerz in der Vergangenheit und die Epidemiologie⁷ von Schmerzen in der Schweiz und die dadurch verursachten Kosten kurz skizziert.

Carr und Mann (2002) definieren den Begriff Schmerz folgend:

„Schmerz ist anders als jede andere Empfindung. Er ist keine messbare Einzelreaktion, wie der Blutdruck oder der Puls; Für die Person mit Schmerzen ist es eine umfassende Erfahrung, die sich nicht objektiv messen lässt. Das Schmerzerleben hängt nicht nur von der Stärke des Stimulus ab, der die Schmerzempfindung ausgelöst hat, sondern die Schmerzwahrnehmung²⁷ eines Menschen hängt auch davon ab, wie das Gehirn auf den Umgang mit den empfangenen Botschaften vorbereitet ist“ (S. 20).

Die internationale Vereinigung zum Studium des Schmerzes (IASP, International Association for the Study of Pain, 2013) definiert Schmerz als „ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“.

Unter akutem Schmerz versteht die IASP (1986, zit. nach Carr et al., 2002) einen „Schmerz, der plötzlich einsetzt und möglicherweise von begrenzter Dauer ist. Gewöhnlich hat er eine erkennbare zeitliche und kausale Beziehung zu einer Verletzung oder Krankheit“ (S. 49).

Der chronische Schmerz wiederum wird definiert (IASP, 1986, zit. nach Carr et al., 2002) als „Schmerz, der über längere Zeit anhält. Gewöhnlich besteht er über die Heilung einer Verletzung hinaus fort und hat oft keine erkennbare Ursache“ (S. 49).

Wirft man einen Blick zurück in die Vergangenheit, so wurde der Begriff Schmerz im Gegensatz zu den eben angeführten Definitionen vor allem von Philosophen anders verstanden und erklärt. Er wurde als Heimsuchung eines bösen Geistes vermutet, oder als Ungleichgewicht zwischen den Körpersäften beschrieben. Diese Art von Schmerzwahrnehmung reicht noch nicht allzu lange Zeit zurück und kann auch gegenwärtig in einigen nicht-westlichen Kulturen angetroffen werden. Verlässt man nun die theoretische Ebene der Begriffsdefinition und richtet seinen Blick darauf, wie sich Schmerzen im alltäglichen Leben der betroffenen Menschen niederschlagen, so weiss man nun, dass der Schmerz sich auf viele Aspekte des Lebens wie zum Beispiel auf den Schlaf, die Psyche und die Beziehung zu anderen Menschen auswirken kann (Carr et al., 2002). Ausserdem verlängern Schmerzen die Verweildauer im Spital und können zu einer Chronifizierung führen (DNQP, 2005).

Es zeigt sich eine Prävalenz²², dass 16% der Schweizer Gesamtbevölkerung unter chronischen Schmerzen leidet. Die Schmerzintensität von mittel bis stark liegt in Europa zwischen 12%-30%, wobei der Durchschnitt bei 19% zu finden ist. Diese Zahlen beziehen sich auf eine telefonische Umfrage im Jahre 2003 über einen Zeitraum von Frühling bis Sommer (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen und Gallacher, 2006).

Die hohe Anzahl derer, die unter chronischen Schmerzen leiden, schlägt sich auch auf wirtschaftlicher Ebene nieder. So wurden im Januar 2007 die jährlichen volkswirtschaftlichen Kosten von chronischen Schmerzen in der Schweiz auf 2.9 bis 5.8 Milliarden Franken geschätzt (Oggier, 2007).

Laut Kut, Schaffner, Wittwer, Candia, Brockmann, Storck und Folkers (2007) ist der Mensch motivierter, Schmerzen auszuhalten, wenn dieser im Kontext (Zahnarztbesuch, Sport) zwar als unangenehm empfunden, aber als sinnvoll angesehen wird. Schmerz wird besser ertragen, wenn das Selbstbild dem einer starken Persönlichkeit entspricht. Wenn Männer und Frauen sich als Helden fühlen, verfügen sie über eine höhere Schmerztoleranz²⁶.

Falsche Überzeugungen und mangelndes Wissen der Pflegenden, Ärzte und Patienten dagegen erschweren einen adäquaten Umgang mit Schmerzen (DNQP, 2005).

Bezugnehmend hierauf konstatiert Thomm (2011): „Schmerz und eine gute Schmerztherapie sind ein äusserst wichtiges Thema in der Patientenversorgung – und eine gute Schmerztherapie zu erhalten ist ein Menschenrecht“ (S. 1).

2.2 Schmerzwahrnehmung

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden viele Studien, die die Schmerzwahrnehmung bei Männern und Frauen im Vergleich untersuchen, gefunden. Zur Schmerzwahrnehmung zeigt die Forschung eine Evidenz⁸, dass Geschlechterunterschiede bei der Schmerzwahrnehmung signifikant durch den Einfluss der Geschlechterstereotypen beeinflusst werden (Wise, Price, Myers, Heft und Robinson, 2002). Im experimentellen Setting äussern Pool, Schwegler, Theodore und Fuchs (2006), dass Männer mehr Schmerzen tolerieren als Frauen. Dies hat sich bei Druckschmerz, Schmerz durch Hitze oder Kälte, thermalem Schmerz, ischämischen Schmerz¹⁷ und bei elektrisch induziertem Schmerz gezeigt (Lehner, 2010; Wise et al., 2002; Robinson, Wise, Gagnon, Fillingim und Price, 2004).

Dies führt nach Lehner (2010, S. 233) somit zur grundsätzlichen Frage: „wie die Geschlechtsunterschiede im Schmerzgeschehen zu verstehen sind. Gibt es unterschiedliche Wahrnehmungssensitivität für noxische Reize²⁰, gibt es unterschiedliche Schwellen, ab denen ein Stimulus als schmerzhaft bewertet wird, oder ist die Sozialisation²⁹ dafür verantwortlich, dass Frauen Schmerzen eher zeigen als Männer?“. Nach Robinson, Riley, Myers, Papas, Wise, Waxenberg und Fillingim (2001) haben Männer und Frauen bezüglich des Schmerzes verschiedene Erfahrungsgeschichten und eigene Überzeugungen, wie man mit Schmerzen umzugehen hat und sich verhalten soll.

2.3 Umgang mit Medikamenten

Lehner (2010) macht darauf aufmerksam, dass Frauen weniger Morphin brauchen, wenn sie die Einnahme selbst kontrollieren und wählen können. Männer hingegen brauchen weniger Morphin, wenn sie es verabreicht bekommen.

Grundsätzlich ist aber der Verbrauch von rezeptpflichtigen und von nicht rezeptpflichtigen Analgetika bei Frauen höher als bei Männern.

2.4 Gender

Nach Luck, Pühl und Häberlein (2012) beschreibt der Terminus „Sex“³⁰ biologisch gehaltene Aspekte von Geschlecht, während man unter dem Begriff „Gender“ soziale und kulturelle Aspekte von Geschlecht versteht.

Der Begriff Gender wurde in den 1970er Jahren von US-amerikanischen Feministinnen in Umlauf gebracht. Gender wird als das sozial konstruierte Pendant des biologischen Geschlechts definiert. Eine gesellschaftliche Bedeutung also, die über den Körper gestülpt

wird. Weiter bezeichnet Gender die sozial-gesellschaftliche Beziehung zwischen den Geschlechtern, zwischen Weiblichkeit und Männlichkeit. Da der Begriff Gender mit seiner sozial-gesellschaftlichen Bedeutung in vielen Sprachen nicht existiert, wurde der Terminus oft nicht übersetzt oder es wurde dafür ein neuer Begriff generiert.

Kern der Gender Studies (auch Geschlechterforschung) stellt die Erforschung der soziokulturellen Unterschiede zwischen Frauen und Männer dar. Sie zeigen auf, dass Merkmale und Rollen, die den Geschlechtern zugeschrieben werden, variabel sind und sich je nach Epoche und Kultur unterscheiden. Gender Studies sind eine neue interdisziplinäre Forschungsrichtung, die die Bedeutung des Geschlechtsunterschieds erforscht (Scott, 2001).

2.5 Geschlechterrollen

Die sozialen Normen der westlichen Welt haben zu der Entstehung eines Männerbildes geführt, welches „den Mann“ als stoisches³¹ Wesen nachzeichnet. Dies wirkt sich auch auf den Umgang mit Schmerzen und Gefühlen aus. So ist es Männern aufgrund gesellschaftlicher Zwänge kaum möglich, ihren Schmerzen und Emotionen Ausdruck zu verleihen. Im Gegensatz dazu erlauben es die sozialen Normen der Frau, Schmerzen emotional zu zeigen und ärztliche Hilfe aufzusuchen (Pool et al., 2007).

Die Unterschiede, die dadurch zwischen den Geschlechtern bestehen, sind also nicht alleine durch biologische Faktoren bedingt. Sie gehen vielmehr mit geschlechterrollenspezifischen Sozialisations- und Anpassungsprozessen einher (Teuber et al., 2006). Dies wird nach Daig (2009) folgendermassen beschrieben: „Männlichkeit ist gesellschaftlich konstruiert und umfasst kulturelle Eigenschaften, die dem Mann per se zugeschrieben werden“ (S. 63). Es ist anzunehmen, dass dies für Frauen gleichbedeutend ist. Denn von Frauen wird erwartet, dass sie über bestehende Schmerzen klagen, ob diese krankheitsbedingt sind oder nicht. Weiter ist es gesellschaftlich erwünscht, dass sie Gefühle wie Hilflosigkeit, Traurigkeit und Nervosität formulieren. Frauen werden aufgrund ihrer Geschlechterrolle und den sozialen Lernprozessen dazu erzogen, sich für Schmerzen zu sensibilisieren und sie wahrzunehmen, seien es eigene Schmerzen oder die von anderen (Koutanji et al., 1998 zit. nach Teuber et al., 2006). Bei Männern hingegen stellt das Ausdrücken von Schmerzen oder das Suchen von Hilfe bei Problemen Kontrollverlust und Schwäche dar. Somit gilt die männliche Geschlechtsrolle als inkongruent zur Patientenrolle (Teuber et al., 2006).

Dies wird sich folglich nicht ändern, denn laut Daig (2009) erhält der Mann durch die Demonstration traditionell männlichen Verhaltens im Gegenzug Wertschätzung und Achtung von Seiten der Gesellschaft.

2.6 Vier psychologische Theorien (Kasten, 2003)

In welchem Alter übernehmen Männer und Frauen gerade aufgezeigte Verhaltensweisen? Warum passen sie sich an diese an und welche Unterschiede können dadurch zwischen den Geschlechtern entstehen? Anhand der folgenden vier psychologischen Theorien soll in den folgenden Unterkapiteln eine Antwort auf diese Fragen gefunden werden.

2.6.1 Die Bekräftigungstheorie

Diese Theorie sagt aus, dass Knaben und Mädchen schon in jungem Alter für ein dem Geschlecht angemessenes Verhalten belohnt oder bestraft werden sollten. So wird bereits in frühen Jahren von beiden Geschlechtern ein unterschiedliches Verhalten erwartet, das durch ein unterschiedliches Erziehungsmuster seitens der Eltern und anderer Bezugspersonen noch verstärkt wird zu agieren. Während aggressives Verhalten bei Knaben auf grössere Toleranz stösst als bei Mädchen, werden erstere umso strenger dafür bestraft.

Beispielsweise wird ein Knabe zurechtgewiesen oder gar ignoriert, wenn er weint. Bei Mädchen werden Tränen toleriert. So lernen Knaben und Mädchen recht schnell, ihrem Geschlecht entsprechend zu handeln (Kasten, 2003).

2.6.2 Die Imitationstheorie

Diese Theorie geht davon aus, dass gleichgeschlechtliches Verhalten abgeschaut, nachgeahmt und übernommen wird. Imitiert wird auch aggressives Verhalten. Die Theorie nimmt an, dass während der Kindheit überwiegend der gleichgeschlechtliche Elternteil nachgeahmt wird. Somit nehmen oft die Eltern Vorbildfunktionen für die Kinder ein. Im Alter von sechs Jahren beginnen Kinder, eine Vorliebe für gleichgeschlechtliches Verhalten zu entwickeln. Knaben sind früher als Mädchen in ihrer Geschlechterrolle gefestigt. Der Grund hierfür ist noch nicht bekannt. Da die wichtigsten Bezugspersonen in den ersten Lebensjahren von Knaben zumeist Frauen sind, kann die Festigung in der Geschlechterrolle jedoch nicht alleine durch die Imitationstheorie entstanden sein (Kasten, 2003).

2.6.3 Die Identifikationstheorie

Diese Theorie nimmt an, dass die Ausbildung von geschlechterspezifischem Verhalten durch Primärbeziehungen entsteht. Damit sind in den ersten Jahren die Mutter und der Vater oder andere nahestehende Personen gemeint. Die Kinder identifizieren sich mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, da sie eine starke emotionale Bindung zu ihnen aufweisen und sich als identisch oder sehr ähnlich erleben. Dies bewegt die Knaben und Mädchen dazu, Einstellungen, Werthaltungen und Verhaltensmuster durch das Gefühl des Gleichseins zu übernehmen (Kasten, 2003).

2.6.4 Die kognitive Theorie

Diese Theorie besagt, dass ein Kind im Laufe des dritten Lebensjahres ein Verständnis dafür entwickelt, welchem Geschlecht es angehört. Ein Jahr später wissen Kinder, dass aus Mädchen eine Frau und aus einem Knaben ein Mann wird. Zwischen dem sechsten und achten Lebensjahr bildet sich das Wissen der Geschlechtszugehörigkeit heraus und verfestigt sich. Kinder sind sehr daran interessiert, sich geschlechtsspezifisch zu verhalten und gewinnen Selbstvertrauen, indem sie sich die Zugehörigkeit mittels aufgesuchten Situationen bestätigen. Die Kinder ahmen ihre Eltern nach, sehen sie als Vorbild und identifizieren sich mit ihnen. Später sind es die Schulkameraden und Freunde, die die Rolle der Eltern übernehmen (Kasten, 2003).

2.6.5 Kritik an den Theorien

Für jede dieser Theorien gibt es laut Kasten (2003) bestätigte und widersprechende Resultate. Welche dieser Theorien die höchste Gültigkeit hat, ist nicht eindeutig. Dies zu erforschen erweist sich als schwierig, weil Kinder über einen längeren Zeitraum hinweg beobachtet werden müssten und ausgeschlossen werden muss, dass keine anderen Einflüsse dazu führten, ihr geschlechtsspezifisches Verhalten erlernt zu haben.

Die gleichgeschlechtliche Identifikation ist im Gegensatz zur geschlechtsverschiedenen Identifikation nicht erwiesen. Eine präzise Abgrenzung zwischen Imitation und Identifikation erweist sich zusätzlich als schwierig.

Die kognitive Theorie wurde in den letzten 30 Jahren oft überprüft und es wurde bestätigt, dass intelligente Kinder ihre durchschnittlichen Altersgenossen in der Geschlechtsrollenentwicklung übertreffen. Die kognitive Theorie kann als übergeordnete Theorie für die drei anderen Theorien gesehen werden (Kasten, 2003).

Wiederum ist anzunehmen, dass heutzutage in der Erziehung oft auf eine Stereotypisierung verzichtet wird. Dies hebt auch Franke (2010) hervor. So gilt es als nahezu umstritten, dass sich in der heutigen Gesellschaft die Geschlechterrollen in zunehmendem Masse angleichen.

Im Mittelpunkt der psychologischen Forschung der Geschlechterrollen standen bisher vor allem die Altersabschnitte Kindheit und Jugend sowie die Rolle der Eltern. Erst in den letzten Jahren werden nun auch andere Altersabschnitte und Einflüsse untersucht (Kasten, 2003).

2.7 Geschlechtsstereotypen

Die Geschlechterrolle wird unter anderem durch Geschlechtsstereotypen hergestellt, die zum alltäglichen Gebrauch gehören. Sie sind vereinfachte Vorstellungen über Männer und Frauen, bestimmen die Wahrnehmung einer Person und werden im täglichen Leben jedoch oft nicht hinterfragt. Sie dienen zur Reduktion von Unsicherheiten und zur Orientierung in der sich stetig wandelnden Welt. Geschlechtsstereotypen stellen bestimmte Werte und Normen her (Genderkompetenzzentrum, 2003-2010).

Die Liste der Eigenschaften, die geschlechtsspezifisch sind, können in der Tabelle nach Kasten (2003) noch weitergeführt werden.

Tabelle 1: Männliche Geschlechtsstereotypen

Männer sind:

abenteuerlustig, aggressiv, aktiv, selbstbewusst, stark, unabhängig,
ausgeglichen, bestimmend, direkt, mutig, tapfer, nicht leicht verletzbar,
dominant, ehrgeizig, entschieden, kämpferisch, kontrolliert, kühn,
führungsbewusst, gross, hart, weinen nicht, objektiv, zuverlässig...

In der Gesellschaft herrschen ziemlich eindeutige Vorstellungen darüber, wie Menschen sich im sozialen Gefüge zu verhalten haben. Diese Geschlechtsstereotypen beeinflussen das Erleben und Verhalten einer Person und haben einen Einfluss auf den Zugang zu Berufen, Einrichtungen und Gruppierungen. Geschlechtsstereotypen sind ein wichtiger Massstab dafür, wie man sich gegenseitig beurteilt. Das nicht Einhalten von Geschlechtsstereotypen kann Stress auslösen (Franke, 2010).

Kasten (2003) beschreibt diese Beurteilung des nicht Einhaltens folgendermassen: „Eine feminine Person männlichen Geschlechts würde in unserer Gesellschaft als „Softie“, und unter Umständen auch als „Schwuler“ bezeichnet werden“ (S. 33).

Diese Verhaltensweisen werden auch von den Geschlechtern verschieden gewichtet und können sich sogar negativ auf die Gesundheit auswirken. Männer, die sich aggressiv und ignorant verhalten, tragen ein höheres Risiko, an einem Unfall, Lungenkrebs oder einem Suizid zu sterben (Franke, 2010).

Frauen, die sich an weiblichen Geschlechtsstereotypen orientieren, haben, im Gegensatz zu Männern, die sich an männlichen Geschlechtsstereotypen orientieren, einen Prädiktor²¹ für eine niedrigere Schmerztoleranz. Männer weisen somit ein Prädiktor für eine höhere Schmerztoleranz auf, was jedoch Hand in Hand mit einer stärkeren Schmerzverleugnung geht. Wahrscheinlich ist dies die Ursache für die geringe Partizipation von Männern in der Gesundheitsvorsorge (Courtenay, 2000, Otto et al., 1985, Robinson et al., 2001, zit. nach Teuber et al., 2006).

In einer Befragung von K. Wippermann und C. Wippermann (2007) gaben Frauen Anfang zwanzig an, dass der ideale Mann für sie Eigenschaften wie charakterstark, diszipliniert, intelligent, konsequent und selbstbewusst vorweisen sollte. Weiter soll der Mann die Attribute, die vormals für Frauen galten (wie Schönheit, Sinnlichkeit, Sanftmut und Emotionalität), besitzen. Traditionell männliche Eigenschaften (wie berufliche Kompetenz, Erfolg, Selbstsicherheit, Aktivität und Willensstärke) geben die Frauen nun als nicht mehr männertypisch an, sondern beanspruchen sie auch für sich selbst.

Dies führt bei vielen Männern zu Unsicherheiten vor allem in Bezug auf ihre Berufswahl und auf dem Arbeitsmarkt. Aber auch im privaten Bereich weicht die klare Rollenaufteilung in zunehmendem Masse auf und Männer verlieren ihre sichere Position innerhalb der Familie. Modern ist heute der Mann, der die Erziehung seiner Kinder aktiv mitgestaltet und es als selbstverständlich sieht, zu Gunsten der Familie auf seine Karriere zu verzichten und eventuell nur Teilzeit zu arbeiten. Auch wenn das traditionelle Männerbild die meisten der jungen Männer prägt, gaben diese in der Befragung an, nicht wirklich zur traditionellen Rollenteilung zurückkehren zu wollen (Wippermann et al., 2007).

2.8 „Der Mann“ und sein Gesundheitsverhalten

Nach Meuser (2007) stellt der männliche Körper im aktuellen Diskurs der Gesundheitsforschung einen Problemfall dar. Im Gegensatz dazu ist für White (2001, zit. nach Meuser, 2011) „der positive Gegenhorizont weiblich“ (S. 160).

So seien Männer weniger körper-kompetent, achten im Gegensatz zu Frauen nur begrenzt auf Körpersignale und gehen mit den ersten Symptomen einer Krankheit sorgloser um als Frauen. Das Fazit: Männlichkeit ist gesundheitlich kontraproduktiv (Bündel & Hurrelmann, 1999, zit. nach Meuser, 2011).

Die Männergesundheitsforschung versucht, dem Mann ein Körperbewusstsein zu vermitteln, indem sie mit Appellen an den Mann darauf aufmerksam machen, mehr auf die Signale des Körpers zu achten (Meuser, 2011).

Nach Helfferich (1994) und Kolip (1997, zit. nach Meuser, 2011) suchen Männer das Risiko und praktizieren beispielsweise risikoreichere Sportarten wie Skating. Dieses männliche Risikohandeln zeigt eine klare Konfrontation mit Härte, Zähigkeit, Belastbarkeit und Tapferkeit in Bezug auf ihren Körper.

Männer definieren weiter Gesundheit oft als die Abwesenheit von Krankheit und sehen einen Zusammenhang zwischen Leistungsfähigkeit und Gesundheit. Wenn „der Mann“ nun krank ist oder an Schmerzen leidet, wird er in seinem Umgang von der Frau oft als Hypochonder bezeichnet und erlebt. Ernsthafte Leiden werden jedoch meist still ertragen und Hilfe wird erst aufgesucht, wenn es oft zu spät ist, um eine rettende Therapie einzuleiten. Weiter würden Männer zwischen männlichen und unmännlichen Erkrankungen unterscheiden. Am männlichsten wären hierbei Knochenbrüche, Herzinfarkte und Schnittwunden. Unmännlich hingegen seien Erkältungen und Kopfschmerzen. Oft werden unmännliche Krankheiten von Männern aufgewertet, damit sie das Kranksein legitimieren (Fischer, 2006).

In der Studie von Mahalik, Lagan und Morrison (2006) wurden kenianische und amerikanische College Studenten zu ihrem Gesundheitsverhalten befragt.

Die Resultate zeigten, dass die Teilnehmer beider Länder sich in ihrem Gesundheitsverhalten kaum unterscheiden. Um sich von Stress zu erholen, konsumieren Männer, die sich an traditionell männlichen Normen orientieren täglich bis zu zwei Gläser Alkohol. Wenn sie zum Warten gezwungen werden und zum Beispiel irgendwo anstehen müssen, besteht die Bereitschaft, gereizter zu reagieren, sich schneller in körperliche Auseinandersetzungen zu verwickeln und die Fassung zu verlieren. Zudem würden sie eher mit zwei oder mehreren Partner in der gleichen Zeitperiode eine sexuelle Beziehung führen. Weiter gaben die Teilnehmer an, ungern ihre Gefühle vor anderen Preis zu geben, nicht gerne zum Arzt zu gehen und auch nicht regelmässig ihr Blut und Blutdruck kontrollieren zu lassen. So sind sie der Meinung, dass die Länge ihres Lebens vom Glück und Schicksal des Menschen abhängt, nicht jedoch von regelmässigen Arztbesuchen und

Gesundheitskontrollen. Ausserdem gaben sie an, nur selten zum Zahnarzt zu gehen (Mahalik et al., 2006). Letzteres Ergebnis widerspricht sich mit den oben erwähnten Resultaten von Kut et al. (2007), dass Schmerzen besser ausgehalten werden, wenn sie als sinnvoll angesehen werden. Weiter gaben die Teilnehmer an, ungern einen Sicherheitsgurt im Strassenverkehr zu tragen und sich auch weniger an Geschwindigkeitslimiten zu halten. Und in der Sonne tragen sie nur ungern schützende Kleidung (Mahalik et al., 2006).

Nach dem Gesundheitsministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002, zit. nach Dinges, 2010) verweigerte jedoch auch die deutsche Gesundheitspolitik die Anerkennung eines besonderen gesundheitlichen Bedarf von Männern. Das Motiv dahinter ist, man scheut mögliche zusätzliche Kosten.

3. Methodischer Teil

Im methodischen Teil wird das Vorgehen der Literaturrecherche erläutert und die gefundenen Studien kurz vorgestellt und im Detail beurteilt.

3.1 Übergeordnetes Vorgehen

Die Fragestellung soll mittels einer systematisierten Literaturrecherche beantwortet werden. Im ersten Schritt wurde die Fragestellung in einzelne Komponente zerlegt. Folgende Themenblöcke kristallisierten sich dabei heraus: Männer, Gesundheit, Geschlecht, Gender und Umgang mit Schmerzen. Die Fragestellung wurde nach den gefundenen Studien schrittweise optimiert und angepasst, um diese beantworten zu können. Die Population dabei waren Männer, das Phänomen, der Einfluss des männlichen Rollenbildes auf den Umgang mit Schmerzen bei Männern und das Setting musste aufgrund der Verschiedenheit der Studien offen gelassen werden. Die Autorinnen hätten bei einer Einschränkung auf beispielsweise das Setting des Labors die Fragestellung zu ungenau beantworten können. Zu den jeweiligen Komponenten wurden in englischer Sprache Synonyme oder Begriffe gesucht. Die entsprechenden Keywords finden sich in *Tabelle 2*.

Tabelle 2: Keywords für die Literaturrecherche

Keywords

(Schlagwörter sind mit * bezeichnet.)

Methoden:	pain management*, gender* gender identity*, gender differences
Umgang mit Schmerz:	chronic pain*, acute pain*, cope, coping, handling, dealing, pain*
Erwachsene Männer ohne kognitive Einschränkungen:	men's health*, middle age*, sex
Pflegerischer Alltag:	nursing* hospital, acute care,

3.2 Literaturrecherche

Im zweiten Schritt wurden zum Thema passende Datenbanken ausgewählt: Medline via Ovid SP, CINAHL und Scencedirect. Anhand der selektierten Suchbegriffe und Schlagwörter wurde in den entsprechenden Datenbanken recherchiert, wobei der Bool'sche Operator AND zu Hilfe genommen wurde, um einzelne Suchbegriffe miteinander zu kombinieren. Detaillierte Angaben zu diesem Schritt (search history) sind im Anhang aufgeführt. Zudem wurden die von den Datenbanken angezeigten „Related Articles“

berücksichtigt und mit Hilfe des Schneeballsystems nach weiterführender Literatur gesucht. Weiter wurden durch das Suchen von Primärliteratur weitere Studien gefunden. Zwei Studien wurden von dem Begleitdozenten empfohlen.

3.3 Ein- und Ausschlusskriterien der verwendeten Literatur

Eine Datenbankrecherche wurde in deutscher und englischer Sprache durchgeführt, wobei andere Sprachen dabei nicht berücksichtigt werden konnten. Studien, bei denen die Studienteilnehmer kognitive Einschränkungen aufwiesen sowie Studien mit Kindern und Jugendlichen wurden zur Bearbeitung des Themas nicht hinzugezogen. Durch dieses methodische Vorgehen konnten 22 Studien gefunden werden, die mehr oder weniger mit dem Thema in Verbindung stehen. Davon wurden acht Studien, die einen grösseren Zusammenhang mit dem Thema aufwiesen, im Rahmen dieser Arbeit analysiert. Die Ergebnisse der anderen Studien wurden grösstenteils in den theoretischen Hintergrund eingeflochten.

3.4 Beurteilung der Studien

Die Beurteilung der qualitativen Studien wurden mit Hilfe der Beurteilungskriterien nach Naef (2008), die an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) im Modul Pflegeforschung PF203 abgegeben wurden, durchgeführt. Die Güte der Studien wurde nach den in LoBiondo-Wood und Haber (2005) beschriebenen Gütekriterien durchgeführt. Zu den quantitativen Gütekriterien gehören die interne und externe Validität³³, die Reliabilität²⁴ und Objektivität, die Repräsentativität sowie die Generalisierbarkeit. Die qualitativen Gütekriterien sind Glaubwürdigkeit, Folgerichtigkeit und Angemessenheit. Die Studienbeurteilungen wurden übersichtlich in einer Tabelle nach Ris und Preusse (2009), welche auch an der ZHAW abgegeben wurden, dargestellt und sind im Anhang ersichtlich. Die Evidenzlevels wurden für die quantitativen Studien nach Madjar und Walton (2001) und für die qualitativen nach Kearney (2001) eingeteilt.

Die folgende Tabelle soll eine Übersicht über die gefundenen Studien geben.

3.5 Studienübersicht

Tabelle 3: Studienübersicht

Nummer	Autoren	Jahr	Land	Design	Frage	Erfassungsmethode	Stichproben- grösse	Evidenz- level Madjar & Walton (2001)
1	Keogh & Herdenfeldt	2001	England	Quantitativ, Quasi- experimentell	Das Ziel der Studie war zu untersuchen, ob es einen geschlechterspezifischen Unterschied in Bezug auf zwei Copingstrategien bei einer experimentellen Schmerzerfahrung gibt.	Anhand einer experimentellen Schmerzerfahrung und des MPQ-SF (McGill Pain Questionnaire), des BIDR (Balanced Inventory of Desirable Responding und der DASS (Depression, Anxiety, Stress Scale).	N=50	2
2	Teuber, Thiele, & Eberhardt	2006	Deutsch- land	Quantitativ, Querschnitt- studie	Gibt es einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Facetten der Geschlechtsrollenorientierung und chronischem Schmerz?	Anhand der Geschlechtsrollenorientierung mittels Fragebogenskalen zu geschlechtsstereotypischen Eigenschaften (GEPAQ) und zu maskulinen und femininen Geschlechtsrollennormen (MRNS, FRNS). Einer gemischten Gruppe mit somatoformen Schmerzen und einer Kontrollgruppe.	N=90	2

3	Paulson, Danielson & Söderberg	2002	Schweden	Qualitativ, phänomenologische, hermeneutische Methode	Das Ziel der Studie war die Bedeutung eines Lebens mit Schmerzen der Fibromyalgie-erkrankung aufzuklären und die Erfahrungen der Männer damit zu erfassen.	Anhand Narrative Interviews am Wunschort des Teilnehmers. Zwischen 40 und 120 Minuten lang.	N=14	Evidenz-level nach Kearney (2001) 2
4	Yu, Tang, Yeh, Kuo, & Yu	2011	Taiwan	Quantitativ, Querschnitt studie	Die Forscher untersuchten den Einsatz und den Nutzen von schmerzlindernden Strategien bei älteren Menschen mit chronischen Schmerzen unter Berücksichtigung des Geschlechts.	Anhand Face-to-face Interview mittels PRSQ (Pain Relief Strategies Questionnaire).	N=219	3
5	Fowler, Rasinski, Geers, Helfer & France	2011	USA	Quantitativ, experimentelle Studie	Das Ziel der Studie war, anhand von Auseinandersetzung mit Stereotypen und einer anschliessenden experimentellen Schmerzerfahrung ²⁵ mit Kälte induziertem Schmerz die Hypothese zu bestätigen, dass eine Auseinandersetzung	Anhand der Auseinandersetzung mit Geschlechtsstereotypen mittels dem Bem Sex-Role Inventory und des Personal Attributes Questionnaire. Zudem mussten die Teilnehmer den MPQ-SF (McGill Pain Questionnaire) ausfüllen.	N=89	2

					mit Stereotypen einen Einfluss auf die Schmerzerfahrung bei Männer und Frauen hat.			
6	Keogh, McCracke & Eccleston	2005	UK	Quantitativ, Quasi-experimentelles Design	Reagieren Männer und Frauen verschieden auf eine interdisziplinäre Intervention bei chronischen Schmerzen?	Für die subjektive Schmerz- und Stressmessung haben die Forscher je die 11-point numerical scale hinzugezogen. Und als weitere Messinstrumente, die PCS (Pain Catastrophizing Scale), die BDI (Beck Depression Inventory), der PASS (Pain Anxiety Symptom Scale), die SIP (Sickness Imoact Profile), und der CPAQ (Chronic Pain acceptance Questionnaire) verwendet.	N=98	3
7	Robinson & Wise	2003	USA	Quantitativ, Quasi-experimentelles Design	Haben Männer und Frauen verschiedene Empfindungen in Bezug auf Schmerz und Schmerz verbundenen Emotionen, wenn es um das Wahrnehmen von Schmerzen bei anderen Männern und Frauen in einem Video geht?	Anhand der VAS (Visual Analog Scale) und der GREP (Gender Role Expectations of Pain Questionnaire)	N=29	3

8	Strong, Mathews, Sussex, New, Hoey & Mitchell	2009	Australien	Quantitativ, deskriptive, analytische Studie	Das Ziel der Studie war herauszufinden, ob Geschlechterunterschiede in der Sprache von belesenen Männern und Frauen bestehen, wenn sie ein vergangenes Schmerzerlebnis beschreiben.	Anhand einer schriftlichen Beschreibung eines vergangenen Schmerzerlebens.	N= 201	2
---	---	------	------------	--	---	--	--------	---

4. Resultate

Im folgenden Kapitel stellen die Autorinnen die Resultate der bearbeiteten acht Studien dar und beurteilen anhand der oben genannten Kriterien die Qualität der Studien.

4.1 Gender, coping and the perception of pain

Gender, Bewältigung und die Wahrnehmung von Schmerz
(Keogh und Herdenfeldt, 2001).

Das Ziel der Studie war es, zu untersuchen, ob es einen geschlechterspezifischen Unterschied in Bezug auf die zwei folgenden Copingstrategien gibt.

Die eine bestand darin, sich auf die sensorische Wahrnehmung des Schmerzes zu fokussieren. Die andere darin, sich auf die Schmerz begleitenden oder auslösenden Emotionen zu fokussieren. Die Studie wurde mit einem experimentell erzeugten Kälteschmerz durchgeführt.

Die Hypothese der Forscher war, dass es in der Wahrnehmung von Schmerz in Bezug auf die beiden Bewältigungsmuster: „Äussern von Emotionen“ und „Fokussieren auf die Sensorik“ Geschlechtsunterschiede gibt.

Die Resultate zeigten, dass die weiblichen Teilnehmerinnen bei beiden Copingstrategien eine tiefere Schmerztoleranz angaben, als die männlichen Teilnehmer. In Bezug auf die Copingstrategie „sensorisches Fokussieren“ auf den Schmerz, zeigten die Männer eine deutlich höhere Schmerztoleranz, als beim Äussern von Emotionen. Frauen hingegen zeigten eine höhere Schmerztoleranz, wenn sie ihre Emotionen zum Schmerz äussern konnten.

4.1.1 Qualität der Studie

Die Stichprobe (Studenten, welche vom Goldsmiths College, University of London, UK rekrutiert wurden) beträgt N=50, davon sind 24 der Teilnehmer Männer und 26 davon Frauen. Die Stichprobengrösse wurde nicht begründet. Die Teilnehmer wurden anschliessend randomisiert²³ einer der beiden Copinggruppen zugeteilt. Es gab keine Kontrollgruppe.

Die Forscher haben ein Ziel und eine Hypothese formuliert, jedoch keine Fragestellung. Das Design und die Methode werden beschrieben.

Die Datenerhebung wurde anhand von zwei Fragebögen durchgeführt: Einerseits den MPQ-SF (McGill Pain Questionnaire), welcher auf elf Schmerzbeschreibungen basiert und

andererseits den BIDR (Balanced Inventory of Desirable Responding, welcher mittels 40 item¹⁶ die *social response bias*²⁸ misst. Zudem mussten die Teilnehmer die DASS (Depression, Anxiety, Stress Scale) ausfüllen, welche Depression-, Angst- und Stressempfindungen misst. Die drei Messinstrumente sind laut eigenen Aussagen der Forscher reliabel und valide. Die Durchführungsobjektivität ist gewährleistet, da alle Teilnehmer die gleichen Bedingungen hatten. Die Generalisierbarkeit der Studie muss kritisch beachtet werden, da es sich um ein Laborsetting mit einer experimentellen Schmerzerfahrung handelte und die Teilnehmer gesunde Studenten waren. Für die Datenanalyse haben die Forscher die Kovarianzanalyse¹⁸ (ANCOVA) gewählt, welche zum Datenniveau passt. Dabei wurde der Gruppenfaktor „Geschlecht“ (Frauen vs. Männer) und der Faktor innerhalb einer Gruppe, das heisst die Copingstrategie (sensory-focused vs. emotion-focused) gewählt. Die Schmerztoleranzmessung anhand von einem experimentellen Schmerz und die Fragebögen und Skala wurden als abhängige Variable³⁴ hinzugezogen.

Die Resultate sind signifikant, sie werden in vier Abbildungen dargestellt und im Diskussionsteil umfangreich mit der Literatur in Verbindung gebracht. Das Ethikkomitee des Goldsmiths College hat die Studie genehmigt. Nach Madjar et al. (2001) kann die Studie einem Evidenzlevel von zwei zugeordnet werden.

4.2 Geschlechterrolle und Schmerzerleben

Geschlechterrolle und Schmerzerleben

(Teuber, Thiele und Eberhardt, 2006).

Diese Studie untersucht die Geschlechtsrollenorientierung von in Deutschland lebenden Frauen und Männern mit einer somatoformen Schmerzstörung, die sich gerade in Behandlung befanden.

Die Fragestellung lautete: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den verschiedenen Facetten der Geschlechtsrollenorientierung und chronischem Schmerz?

Die Hypothese dabei war: Schmerzpatienten, unabhängig von ihrem biologischen Geschlecht, weisen eine insgesamt stärker ausgeprägte feminine

Geschlechtsrollenorientierung bzw. eine insgesamt niedrigere ausgeprägte maskuline Geschlechtsrollenorientierung auf als Personen, die unter keinen Schmerzen leiden.

Es bestätigte sich, dass sich Schmerzpatienten in ihren Geschlechterrollenorientierungen signifikant von Kontrollpersonen unterscheiden ($p < 0.01$). Schmerzpatienten stimmen in

stärkerem Masse traditionell femininen Rollennormen und Stereotypen zu, Kontrollpersonen in stärkerem Masse traditionell maskulinen Rollennormen und Stereotypen. Die psychosoziale Geschlechtsrollenorientierung weist somit einen deutlichen Zusammenhang mit chronischem Schmerz auf. Traditionell maskuline Normen von Geschlechtsrollen können im Verlauf einer chronischen Schmerzerkrankung nicht aufrecht erhalten werden.

4.2.1 Qualität der Studie

Die Grösse der Schmerz- und Kontrollgruppe $N=45$ ist identisch und die Aufteilung der Gruppenteilnehmer in Männer ($m=16/18$) und Frauen ($w=29/27$) stimmt fast überein und ist somit vergleichbar. Die weiblichen Teilnehmer überwiegen jedoch in beiden Gruppen. Das Durchschnittsalter in der Schmerzgruppe lag bei 47.1 Jahren, das der Kontrollgruppe bei 44.2 Jahren. Die Forscher haben versucht, die Stichprobe durch die soziodemographischen Variablen sehr homogen¹⁵ zu halten, indem sie das Matching¹⁹ durchgeführt haben. Die Interpretierbarkeit der Studie ist laut den Forschern jedoch aufgrund des geringen Stichprobenumfanges und aufgrund des Querschnittsdesigns begrenzt.

Die Fragestellung und Hypothesen werden formuliert, das Design findet in der Studie Erwähnung. Die Daten wurden mittels Fragebogenskalen zu geschlechtsstereotypischen Eigenschaften anhand GEPAQ (German Extended Personal Attributes Questionnaire) erfasst. Die Erfassung wurde bei allen Teilnehmern gleich durchgeführt, was die Durchführungsobjektivität gewährleistet. Die maskulinen und femininen Geschlechtsrollennormen wurden mittels MRNS (Male Role Norm Scale) und FRNS (Female Role Norm Scale) erhoben. Der GEPAQ und die MRNS sind laut den Forschern reliabel und valide, wobei bei der FRNS der empirische⁶ Nachweis aussteht. Dies wurde in der Auswertung berücksichtigt, indem nur der Gesamtwert der FRNS als globaler Indikator für die feminine Rollenorientierung genutzt wurde. Die FRNS zeigt jedoch eine gute interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha=0.88$ auf.

Für die Datenanalyse stützen sich die Forscher zum einen auf die zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse³⁵ (ANOVA) und zum anderen auf die multivariate Varianzanalyse (MANOVA). Dabei wurden die Gruppenfaktoren „Geschlecht“ (Frauen vs. Männer) und „Gruppe“ (Patienten vs. Kontrolle) gewählt und die „Geschlechtsrollenskalen“ als abhängige Variable gerechnet.

Das Hinzuziehen von weiterer Sekundärliteratur macht einen tieferen Einblick in das Thema möglich und lässt seine Relevanz erkennen.

Die Resultate werden statistisch dargestellt, beschrieben und kurz diskutiert. Ein Fazit für die Praxis wird aufgezeigt. Die Forscher versichern, dass sie zu keiner Zeit unter dem Einfluss einer Firma oder einem Produkt standen. Die Ergebnisse sind signifikant und in einer Tabelle dargestellt. Nach Madjar et al. (2001) kann die Studie einem Evidenzlevel von zwei zugeordnet werden.

4.3 Struggling for a Tolerable Existence: The Meaning of Men's Lived Experiences of Living with Pain of Fibromyalgia Type

Bedeutung eines Lebens mit Schmerzen der Fibromyalgieerkrankung⁹. Erfahrungen von Männern

(Paulson, Danielson und Söderberg, 2002).

Das Ziel der Studie war es, aufzuzeigen, welche Bedeutung das Leben eines Mannes hat, der an einer Fibromyalgieerkrankung leidet und dessen Lebenserfahrungen aus diesem Grund von ständigem Schmerz geprägt werden. Zentral hierbei waren auch die Erfahrungen, die die betroffenen Männer mit der Erkrankung und dem daraus resultierenden Schmerz gemacht haben.

Es wurden dafür (N=14) verheiratete oder mit einer Partnerin zusammen lebende Männer aus Schweden interviewt, die an einer den Kriterien entsprechenden Fibromyalgieerkrankung leiden.

Diese äusserten im Interview, dass ihr Leben voller Einschränkungen sei und sie von Tag zu Tag und manchmal gar von Minute zu Minute leben. Schmerzen, Müdigkeit und Fatigue sind Hauptsymptome der Erkrankung, worüber die Befragten mit Aussenstehenden nur ungerne sprachen. Die Männer gaben an, so normal wie möglich leben zu wollen und gegen eine soziale Isolation und für ihre Unabhängigkeit zu kämpfen. Die Erkrankten seien schnell reizbar, was sie auf den chronischen Schmerz zurückführten. Sie machten deutlich, Schwierigkeiten damit zu haben, ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen, weil sie Angst davor haben, als Nörgler bezeichnet zu werden. Oft fühlten sie sich von ihrem Umfeld nicht verstanden. Finanzielle Sorgen kamen hinzu, wenn „der Mann“ aufgrund seiner Erkrankung nicht mehr arbeiten konnte. Sie nahmen ihren Körper als Gefängnis und Feind war, der gegen sie arbeitete und fühlten sich von sich selbst entfremdet.

Männer mit Fibromyalgie erleben ihre Einschränkungen vorwiegend im Alltagsleben. Sie reden ungern über Schmerzen, Schwäche und Müdigkeit und versuchen, nach aussen hin

ein normales Leben zu führen. Ihre Reizbarkeit macht deutlich, dass sie durch den Schmerz in stetiger Anspannung sind. Ein Leben mit der Krankheit bedeutet für sie, sich gleichzeitig krank und gut zu fühlen. Dies zeigt sich durch eine grosse Akzeptanz und Versöhnung mit den neuen Umständen ihres Lebens. Die Hoffnung auf ein Leben ohne Schmerz gaben sie auf. Sie äusserten im Interview, dass sie jedoch hoffen, dass der Schmerz nicht schlimmer werden würde. Sie setzten sich andere Ziele: Gesteigerte Arbeitsleistung, reduzierte Medikamenteneinnahme und die Hoffnung nicht zu verlieren.

4.3.1 Qualität der Studie

Die Stichprobe (N=14) beinhaltet lediglich Männer, daher schliesst sich eine Übertragbarkeit auf Frauen aus. Ausserdem ist sie nur begrenzt übertragbar auf Männer, die nicht in einer Partnerschaft leben. Die Studie kann jedoch laut den Forschern in einem anderen Kontext implementiert werden.

Das Design und die Methode werden im Fliesstext angegeben, die Datenerhebung lehnt sich an die narrative Methode von Ricoeur (1976 zit. nach Paulsen et al., 2002) an. Diese wird beschrieben. Der Ort, an dem das Interview stattfinden sollte, konnte von den Teilnehmern selbst gewählt werden. Als Einstieg wurde eine offene Frage mit dem Fokus auf die Krankheitsymptome, das tägliche Leben, die Arbeit, das Familienleben und das soziale Leben gestellt. Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert. Sie wurden mehrmals von den Forschern durchgelesen und in Themen und Unterthemen eingeteilt. Die Resultate sind in den eingeteilten Themen beschrieben und werden mit Aussagen der Probanden unterstrichen. Die Studie wirkt dadurch glaubwürdig und folgerichtig. Die Darstellung der Teilnehmer scheint realistisch und die Studie kann deshalb als angemessen beurteilt werden. In der Diskussion wird Bezug zur Literatur genommen. Limitationen der Studie werden aufgezeigt. Die Studie wurde vom Ethikkomitee der Medical Faculty, Umeå University, Schweden genehmigt. Nach Kearney (2001) kann die Studie einem Evidenzlevel von zwei zugeschrieben werden.

4.4 Use, Perceived Effectiveness, and Gender Differences of Pain Relief Strategies Among the Community- Dwelling Elderly in Taiwan

Einsatz und Nutzen von schmerzlindernden Strategien bei älteren Menschen unter Berücksichtigung des Geschlechts in Taiwan
(Yu, Tang, Yeh, Kuo und Yu, 2011).

Die Forscher untersuchten den Einsatz und den Nutzen von schmerzlindernden Strategien bei älteren Menschen (>65 J.) unter Berücksichtigung des Geschlechts.

Über ein Drittel der Teilnehmer betrachteten folgende Strategien im Umgang mit Schmerzen als wirksamste Strategien: der Einsatz von Opiate, Wärmeapplikation, Positionswechsel, Massage und Akupressur.

Folgende acht Strategien wurden als „am wenigsten hilfreiche“ genannt:

Nichtrezeptpflichtige Medikamente, transkutane Elektrostimulation³², Operation, Chiropraktik, Triggerpunktmassage, Seelsorge und Ablenkung. Von über der Hälfte der Teilnehmer wurden die Kälteapplikation, Akupunktur und das Akzeptieren des Schmerzes als „nicht wirksame“ Strategie angegeben. Die fünf am meisten genutzten Strategien sowohl von Männern als auch von Frauen waren die gleichen. Die weiblichen Teilnehmer gaben häufiger an, beim Umgang mit Schmerzen auf psychologische Strategien wie das „Akzeptieren“ zurückzugreifen als die männlichen Teilnehmer.

4.4.1 Qualität der Studie

Für die Studie wurden (N=219) Personen, die in Taiwan leben, interviewt, wobei die Prozentzahl der Teilnehmer, die unter chronischen Schmerzen litten, 42 Prozent betrug. Dies ergab eine Anzahl von N=92 Teilnehmer aus, wovon 56 Frauen und 36 Männer waren. Diese Stichprobe stimmt mit der Prävalenz von Personen mit Schmerzen in der Gesellschaft überein.

Das Durchschnittsalter der 92 Teilnehmer lag bei 74.16 Jahren (SD 6.10). Da die Studie auf taiwanesischen Teilnehmer beschränkt ist, ist sie vor allem auf diese übertragbar.

Die Stichprobe wurde randomisiert, was die Repräsentativität durch die Zufallsstichprobe gewährleistet (LoBiondo-Wood et al., 2005). Es wird im Fliesstext keine Hypothese und keine Fragestellung erwähnt. Die Forscher zeigen den aktuellen Forschungsstand auf und nehmen Bezug zu relevanter Literatur.

Der PRSQ (Pain Relief Strategies Questionnaire) wird im Fliesstext genau erklärt und Fragen darin zum Verständnis aufgezeigt. Um den PRSQ auf seine Validität und Reliabilität zu überprüfen, beurteilten ihn fünf Experten und zehn ältere Personen füllten ihn probeweise aus. Der CVI (Content Validity Index) war dabei 0.95 und es zeigte sich laut den Forscher eine gute Reliabilität.

Schmerz wurde in der Studie definiert als das Leiden an Schmerzen mindestens einmal in der Woche über einen Zeitraum von drei Monaten oder länger. Der so definierte Schmerz verursachte Unwohlsein und beinhaltete das Risiko einer Gewebeschädigung. Durch diese

Definition sind Interpretationsbias¹ möglichst ausgeschlossen und die Objektivität gewährleistet. Die Auswahl der Interventionen von den Forschern wurde nicht beschrieben. Weshalb die Teilnehmer sich für bestimmte Interventionen entschieden haben, wird nicht weiter erläutert. Es wird keine Angabe dazu gemacht, in welchem Zeitraum die Teilnehmer befragt wurden. Die deskriptiven Berechnungen sind in Tabellen und Diagrammen übersichtlich dargestellt und werden diskutiert. Die genderspezifischen Unterschiede werden einzeln nochmals aufgenommen. Die Limitationen der Studie werden aufgezeigt. Das Ethikkomitee von Taipei Veterans General Hospital, Taiwan, hat die Studie genehmigt. Nach Madjar et al. (2001) kann die Studie einem Evidenzlevel von drei zugeordnet werden.

4.5 Concept priming and pain: an experimental approach to understanding gender roles in sex-related pain differences

Ein experimenteller Versuch, Genderrollen in Bezug auf die unterschiedliche Schmerzwahrnehmung der Geschlechter zu verstehen (Fowler, Rasinski, Geers, Helfer und France, 2011).

Das Ziel der Studie war es, anhand von Auseinandersetzung mit Geschlechtsstereotypen und einer anschliessenden experimentellen Schmerzerfahrung mittels Kälte induziertem Schmerz die Hypothese zu bestätigen, dass *covert gender cues*³ einen Einfluss auf die Schmerzerfahrung bei Männer und Frauen hat.

Bei den Frauen und in der Kontrollgruppe konnte in der Schmerz- und Angsterfahrung kein Unterschied festgestellt werden, egal mit welchem Geschlechtsstereotyp sie sich vorher befasst hatten. Bei den Männern fand sich nach dem Auseinandersetzen mit den Geschlechtsstereotypen ein signifikanter Unterschied: die Gruppe Männer, die sich vorher mit weiblichen Stereotypen befasst hatten, schätzte ihre Angst und ihre Schmerzen deutlich geringer ein als die Gruppe von Männern, die zuvor mit männlichen oder neutralen Eigenschaften konfrontiert wurden.

4.5.1 Qualität der Studie

Bei den Teilnehmern handelt es sich um Studenten der Universität Toledo, USA. Sie (N= 89, m= 45 und w= 44) welche in drei Gruppen randomisiert wurden und verblindet³⁶ waren. Die Stichprobengrösse wurde nicht begründet.

Die Forscher haben ein Ziel und eine Hypothese formuliert, jedoch keine Fragestellung. Das Design und die Methode werden beschrieben.

Die Datenerhebung wurde anhand zwei Gender Role Scale gemacht: The Bem Sex-Role Inventory und the Personal Attributes Questionnaire. Zur Reliabilität und der Validität dieser beiden Skalen nehmen die Forscher keine Stellung. Zudem mussten die Teilnehmer den MPQ-SF (McGill Pain Questionnaire) ausfüllen, welcher auf elf Schmerzbeschreibungen basiert. Dieses Messinstrument ist laut den Forschern reliabel und valide. Zudem fand ein Debriefing⁵ statt. Die Durchführungsobjektivität ist gewährleistet, da alle Teilnehmer die gleichen Bedingungen hatten. Die Generalisierbarkeit der Studie muss kritisch beachtet werden, da es sich um ein Laborsetting mit einer experimentellen Schmerzerfahrung handelte und die Teilnehmer gesunde Studenten waren.

Für das statistische Verfahren haben die Forscher die Varianzanalyse (ANOVA) gewählt. Die Varianzanalyse (ANOVA) ist bei diesen Datenniveaus angebracht, da die abhängigen Variablen im Bezug zu mehreren unabhängigen Variablen betrachtet werden (gender prime: feminine prime vs. masculine prime vs. control) x 2 (sex: male vs. female). Zudem ist sie bei kleinen Stichprobengrößen besonders geeignet (LoBiondo-Wood et al., 2005). Die Resultate sind signifikant und werden anhand von drei Tabellen erläutert.

Nach Madjar et al. (2001) kann die Studie einem Evidenzlevel von zwei zugeordnet werden.

4.6 Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management?

Reagieren Männer und Frauen verschieden auf eine interdisziplinäre Intervention bei chronischen Schmerzen?

(Keogh, McCracke und Eccleston, 2005)

Das Ziel der Studie war es, herauszufinden, ob sich bei Männern und Frauen der Umgang mit Schmerzen, Leiden und Einschränkungen mit Hilfe eines interdisziplinären Schmerzmanagements wie zum Beispiel Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Ärzte und Psychologen nach der Behandlung bzw. beim Follow-up verändert.

Die Studienhypothesen waren folgende:

1. Die Frauen werden im Vergleich zu den Männern höhere Schmerz- und Stresslevels angeben.

2. Das Schmerzmanagement wird einen signifikanten Effekt auf die Schmerzáusserung und das Schmerzverhalten haben.
3. Die Frauen werden nach der Behandlung eine Verbesserung in Bezug auf Stress, Leiden und Einschränkungen angeben.

Das Resultat der Studie hat ergeben, dass kurz nach den Interventionen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen eine Reihe von Verbesserungen im Umgang mit Schmerzen zu erkennen war. Beim Follow-up stellte sich jedoch heraus, dass die Interventionen nur bei den Männern einen nachhaltigen Effekt zeigten. Die Frauen waren wieder am gleichen Punkt angelangt wie vor der interdisziplinären Schmerz Management Intervention.

4.6.1 Qualität der Studie

Die Stichprobengrösse lag bei N=98, wovon 65 Frauen und 33 Männer waren. Alle Teilnehmer waren chronische Schmerzpatienten des Royal National Hospital (UK) für rheumatische Erkrankungen. Das Durchschnittsalter lag bei 44.32 Jahren.

Alle Teilnehmer wurden von freiwilligen Mitarbeitern rekrutiert. Bei einer Gruppe kamen keine Männer mehr zum Follow-up, deshalb musste diese Gruppe von der Studie ausgeschlossen werden. Ein Selektionsbias ist dadurch nicht auszuschliessen. Die Stichprobengrösse wurde in der Studie nicht begründet, der Überschuss von Frauen muss jedoch laut den Forschern kritisch betrachtet werden.

Das Ziel, die Fragestellung und die drei Hypothesen sind transparent. Die Forscher wählten ein mixed-groups Design. Dabei wurde der Gruppenfaktor „Geschlecht“ (male vs. female) und der Faktor innerhalb einer Gruppe, das heisst die Zeit der Testung, vor- nach und beim Follow-up (pre- vs. postintervention vs. 3 month follow-up) gewählt. Die abhängigen Variablen waren die Schmerzmessung, der Stressfaktor und die Einschränkungen.

Die Datenerhebung wurde folgendermassen vorgenommen: Für die subjektive Schmerz- und Stressmessung haben die Forscher je die 11-point numerical scale hinzugezogen. Als weiteres Messinstrument, um den Stressfaktor zu ermitteln, wurde die PCS (Pain Catastrophizing Scale) eingesetzt. Um den Schweregrad einer möglichen Depression zu erkennen, haben die Forscher die BDI (Beck Depression Inventory) verwendet. Zudem haben die Forscher anhand der PASS (Pain Anxiety Symptom Scale) Schmerz- und Angstsymptome gemessen. Anschliessend wurden noch weitere klinische Messungen gemacht, bei der die SIP (Sickness Impact Profile), und der CPAQ (Chronic Pain acceptance Questionnaire) verwendet wurden. Alle verwendeten Messinstrumente sind laut

den Forschern valide und reliabel. Es wurden drei und vierwöchige interdisziplinäre Schmerz Management Interventionen durchgeführt. Die Durchführungsobjektivität ist laut den Forschern gewährleistet, da individuell auf die Teilnehmer eingegangen wurde. Die Generalisierbarkeit der Studie ist möglich, da es sich um chronische Schmerzpatienten in einem natürlichen Setting handelte.

Für das statistische Verfahren wurde ANOVA und die Chi-Quadrat⁴ Analyse verwendet.

Eine Ethikkommission hat das Vorgehen aller Messungen überprüft und genehmigt.

Die Resultate sind signifikant, werden in der Studie diskutiert und mit der bereits vorhandenen Literatur verglichen. Nach Madjar et al. (2001) kann die Studie einem Evidenzlevel von drei zugeordnet werden.

4.7 Gender bias in the observation of experimental pain

Geschlechtliche Unterschiede in der Beobachtung von experimentellen Schmerzen (Robinson und Wise, 2003).

Die Fragestellung lautete: Haben Männer und Frauen verschiedene Empfindungen in Bezug auf Schmerz und Schmerz verbundenen Emotionen, wenn es um das Wahrnehmen von Schmerzen bei anderen Männern und Frauen in einem Video geht?

Die Hypothesen dabei waren:

1. Weibliche Teilnehmer der Studie werden berichten, dass die weiblichen Probanden im Gegensatz zu ihrem männlichen Pendant im Video mehr Schmerz erfahren, weniger bereit sind, diese auszuhalten und eine grössere Bereitschaft zeigen, ihren Schmerzen verbal Ausdruck zu verleihen.
2. Männliche Teilnehmer der Studie werden ebenfalls berichten, dass die weiblichen Probanden im Gegensatz zu den männlichen Probanden im Video mehr Schmerz erfahren, sie weniger bereit sind, diese auszuhalten und eine höhere Bereitschaft zeigen, ihren Schmerz mitzuteilen.
3. Weibliche Beobachter werden die Schmerzberichte der Probanden im Video genauer einschätzen als die männlichen Beobachter.

Null-Hypothese:

Weder bei den männlichen als auch bei den weiblichen Teilnehmern lassen sich Unterschiede in ihrer Wahrnehmung festmachen. Darüber hinaus stellen beide Gruppen bei den Probanden im Video keine Geschlechtsunterschiede fest.

Die Ergebnisse der Studie sind folgende: Die männlichen Beobachter der Studie gaben an, dass die Männer im Video an geringeren Schmerzen leiden als die Frauen.

Die weiblichen Beobachter sagten aus, dass die Frauen im Video mehr Schmerzen haben als die Männer. Weiter schätzen die männlichen Teilnehmer die Schmerzwerte beider Geschlechter als tiefer ein als ihr weibliches Pendant. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die männlichen Teilnehmer über den gesamten Studienzeitraum hinweg eine tiefere Schmerzwahrnehmung angaben.

4.7.1 Qualität der Studie

Die Stichprobe (N=29, m=14, w=15) waren Studenten und wurde von freiwilligen Mitarbeitern der Universität Florida (USA) rekrutiert. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 21.7 Jahren. Die Teilnehmer wurden gebeten, sich ein Video anzuschauen, in welchem Probanden einem experimentellen Kälteschmerz ausgesetzt wurden. Die Video-Präsentation bestand aus zehn Videoclips, wobei jeder Videoclip 30 Sekunden dauerte. Die Fragestellung und die Hypothesen sind transparent, es wurde jedoch kein Ziel formuliert. Das Design und die Methode wurden beschrieben.

Die Datenerhebung wurde anhand der VAS (Visual Analog Scale) und der GREP (Gender Role Expectations of Pain Questionnaire) nach Robinson et al. (2001) vorgenommen.

Der GREP sind zwölf visuelle, analoge Skalen, welche die geschlechtstypischen¹³ Sichtweisen der Teilnehmer in Bezug auf Schmerzsensibilität, Schmerzausdauer und die Bereitschaft gegenüber Schmerz bewertet. Laut den Forschern sind beide Messinstrumente reliabel und valide. Die Forscher machen speziell darauf aufmerksam, dass der GREP durch den Test-Re-Test eine Beständigkeit in der Stabilität der Reliabilität gezeigt hat. Für das statistische Verfahren wurde ANCOVA verwendet. Die Durchführungsobjektivität ist gewährleistet, da alle Teilnehmer die gleichen Bedingungen hatten. Die Generalisierbarkeit muss kritisch beachtet werden, da alle Teilnehmer Studenten waren. Nach Madjar et al. (2001) kann die Studie zu einem Evidenzlevel von drei zugeordnet werden.

4.8 Pain language and gender differences when describing a past pain event

Schmerzsprache und Geschlechterunterschiede beim Beschreiben eines vergangenen Schmerzerlebnisses

(Strong, Mathews, Sussex, New, Hoey und Mitchell, 2009).

Das Ziel der Studie war es, herauszufinden, ob sich Geschlechterunterschiede im Umgang mit Schmerzen auch in der Ausdrucksweise von Männern und Frauen niederschlagen, wenn sie ein schon vergangenes Schmerzerlebnis beschreiben sollten.

In der Studie wurden australische Studenten dazu aufgefordert, ein Schmerzerlebnis niederzuschreiben. Sie sollten dabei beschreiben, wie sich das Schmerzerlebnis ereignete, welche Emotionen der Schmerz in ihnen auslöste, wie sie reagierten und welche Reaktionen ihr soziales Umfeld darauf zeigte. Dabei erhielten sie eine Auflistung mit 78 Adjektiven, die für die Darstellung des Schmerzerlebnisses benutzt werden durften. Diese lehnt sich am MPQ (Mc Gill Pain Questionnaire) nach Melzack (1975 zit. nach Strong et al., 2009) an. Geschlechtsunterschiede zeigten sich im Gebrauch der Wörter und im Sprachmuster, im Fokus der Beschreibung des Schmerzerlebnisses und in den emotionalen Reaktionen auf die erlittenen Schmerzen. Die weiblichen Teilnehmer nutzten mit 84.22 Wörtern ($SD = 41.76$) insgesamt mehr Wörter ($t = 4.87, p < 0.001$) als die männlichen Teilnehmer, verwendeten mehr Adjektive der MPQ ($\chi^2 = 3.07, p < 0.05$) und drückten sich bildhafter aus. Ausserdem fokussierten sie sich in ihrer Beschreibung mehr auf die Sinnesaspekte ihres Schmerzerlebens. Männer benutzten eine geringere Anzahl an Worten 57.06 ($SD = 35.43$), wiesen eine weniger bildhafte Sprache auf und fokussierten sich auf das Schmerzerlebnis und die Gefühle. Die statistische Analyse ergab, dass die Männer weniger die Fragen der Studie beantworteten als die Frauen ($\chi^2 = 5.87, p = 0.015$). Die weiblichen Teilnehmer beschrieben ihren Schmerz hauptsächlich mit folgenden Adjektiven: „scharf“, „pochend“, „dumpf“, „intensiv“ und „stechend“. Die männlichen Teilnehmer benutzten in der Darstellung ihrer Schmerzen vorwiegend Adjektive wie „scharf“, „pochend“, „ärgerlich“, „brennend“ und „matt“. In der Anwendung der Adjektive wurde folgender Hauptunterschied zwischen Männern und Frauen deutlich: während bei Frauen der Gebrauch der Eigenschaftswörter „intensiv“ und „stechend“ überwog, griffen die Männer in der Beschreibung ihrer Schmerzen überwiegend auf die Adjektive „ärgerlich“ und „brennend“ zurück. Letztere beschrieben ihr Erlebnis oft objektiver und weniger präzise als die Frauen, was laut den Forschern ein Indikator für eine geringere Bereitschaft seitens der Männer, Schmerzerlebnisse zu beschreiben, ist. Die Männer gaben an, sowohl bei der verbalen als auch schriftlichen Beschreibung ihrer Schmerzen des öfteren auf Schimpfwörter zurückzugreifen. Dies war bei den Frauen nicht der Fall.

4.8.1 Qualität der Studie

Um herauszufinden, wie Männer und Frauen ihre jeweiligen Schmerzen beschreiben, ist die Stichprobenwahl und Anzahl (N=232) ausreichend.

Die Ergebnisse lassen sich jedoch nicht auf alle Studierende anwenden, da gerade mal 15.61% der Studierenden der Universität an der Studie teilnahmen. Da die Teilnehmer der Stichprobe jung, gesund und gebildet sind, lassen sich die Ergebnisse laut den Forscher nicht auf klinische Patienten, ältere Menschen oder weniger gebildete Menschen übertragen.

Das Ziel, die Methodik und das Design werden genau skizziert und erklärt.

Der MPQ (McGill Pain Questionnaire) wird beschrieben und mit Quelle angegeben. Die Validität und Reliabilität für dieses Instrument wird im Text nicht angegeben. Bei der Studie (Kapitel 4.5) wurde jedoch dasselbe Instrument verwendet und als valide und reliabel beschrieben. Für die Datenanalyse wurde eine quantitative Inhaltsanalyse bei den Schmerzbeschreibungen durchgeführt. Dieser Vorgang ist bei dieser Datenerhebung angebracht (LoBiondo-Wood et al., 2005). Die Variablen wurden mittels t-Test und dem Chi-Quadrat-Test berechnet. Die Resultate dabei zeigten sich signifikant. Die Resultate werden diskutiert, interpretiert und mit relevanter Sekundärliteratur verglichen, was die Objektivität gewährleistet. Es wird auf die Limitationen der Studie hingewiesen und Empfehlungen für das Erstellen zukünftiger Studien ausgesprochen. Die Studie wurde durch das Ethikkomitee von der University of Queensland Behavioural and Social Sciences genehmigt. Nach Madjar et al. (2001) kann die Studie einem Evidenzlevel von zwei zugeordnet werden.

5. Diskussion

Die nun folgende Diskussion lässt sich in zwei Themenblöcke gliedern. Zunächst werden die Autorinnen die Ergebnisse der Studien in Bezug auf die Fragestellung diskutieren und kritisch dazu Stellung nehmen.

Anschliessend werden die Ergebnisse der Studien in Bezugnahme auf den theoretischen Hintergrund analysiert.

5.1 Zusammenfassung und kritische Diskussion der Ergebnisse der Studien in Bezug auf die Fragestellung

Die Fragestellung dieser Arbeit lautete:

Was wird in der Literatur über den Umgang mit Schmerzen bei Männern beschrieben und welchen Einfluss hat das männliche Rollenbild auf ihr geschlechtsspezifisches Schmerzverhalten?

5.1.1 Umgang mit Schmerzen bei Männern

Zu folgenden Aspekten, die für den Umgang mit Schmerzen bei Männern relevant erschienen, wurden Studieninformationen zusammengetragen: Sprachlicher Umgang, Schmerztoleranz, Bewältigung über Akzeptanz und therapeutische Bewältigungsstrategien. Die bearbeiteten Studien haben deutlich gemacht, dass Männer ihre emotionale Betroffenheit nur ungern in sprachlichen Äusserungen zum Ausdruck bringen und ihre Schmerzsituation nur in knappen Worten, weniger bildhaft und dafür umso objektiver zu beschreiben versuchen (Paulsen et al., 2002; Strong et al., 2009).

Die Ursache dieses Phänomens bleibt von den Studien unbegründet. Die Autorinnen stützen die These, dass sich die Bereitschaft von Männern und Frauen, ihre jeweiligen Schmerzen verbal auszudrücken, unterscheidet (Strong et al., 2009). Grundsätzlich schätzen die Männer im Gegensatz zu den Frauen Schmerzerfahrungen bei sich selber (Fowler et al., 2011) und bei andern, ungeachtet des Geschlechts, als weniger gravierend ein (Robinson et al., 2003). Es sei darauf hingewiesen, dass sich das Schmerzverhalten von Männern beim Befassen mit weiblichen Mustern verändert, indem ihre Schmerztoleranz danach deutlich zunimmt (Fowler et al., 2011).

Männer versuchen, ihr Rollenbild in einer chronischen Schmerzsituation dadurch aufrecht zu erhalten, indem sie die Einschränkungen in ihrer neuen Lebenssituation akzeptieren und nach Aussen hin den Schein von Normalität wahren. Allerdings führt bei Männern diese Verdrängungsstrategie dazu, dass sie vermehrt reizbar sind (Paulsen et al., 2002). Darüber

hinaus ist es für sie nur schwer möglich, an ihrer von der Gesellschaft zugeschriebenen geschlechtsspezifischen Rolle festzuhalten und übernehmen einige Verhaltensmuster, die der weiblichen Geschlechterrolle zugeordnet werden (Teuber et al., 2006).

Im therapeutischen Setting lassen sich Männer nicht auf die emotionale Befindlichkeit ein. Vielmehr stellt für sie das Fokussieren auf die für sie wahrnehmbare Schmerzqualitäten eine erfolgreiche Bewältigungsstrategie im Umgang mit Schmerzen dar (Keogh et al., 2001). Dieses Verhalten macht verständlich, warum Männer Interventionen wie zum Beispiel Physiotherapie, Ergotherapie, Ärzte, Pflege und psychologische Betreuung langfristig (Befragung nach drei Monaten) als erfolgreiche therapeutische Massnahmen betrachten (Keogh et al., 2005). Eine weitere Bestätigung findet sich in der Studie von Yu et al., (2011) in der Interventionen (Einsatz von Opiaten, Wärmeapplikation, Positionswechsel, Massage und Akupressur) von Männern und Frauen als wirksamste Strategien im Umgang mit Schmerzen bewertet wurden. Allerdings gaben die männlichen Teilnehmer im Vergleich zu den Frauen weniger häufig psychologische Strategien als hilfreich an.

5.1.2 Einfluss des männlichen Rollenbilds

Das männliche Rollenbild haben die Autorinnen im zweiten Kapitel der Arbeit, welches sich dem theoretischen Hintergrund widmet, wie folgt beschrieben: dem Charakter des Mannes entspricht es, stoisch zu sein und das Zeigen von Schmerzen und Emotionen so gut wie möglich zu unterdrücken, da das Ausdrücken von Schmerzen oder das Suchen von Hilfe bei Problemen unmännlich und als Ausdruck von Kontrollverlust und Schwäche zu werten ist (Pool et al., 2007, Teuber et al., 2006).

Dieses Rollenbild schlägt sich auch im Sprachgebrauch und in der Ausdrucksweise nieder, da Männer ihre Schmerzsituation weniger verbal als körperlich formulieren und oft mit Wut und Ärger auf die Situation reagieren (Strong et al., 2009; Paulsen et al., 2002).

Äusserungen zu Schwäche, Schmerz und Müdigkeit meiden sie eher (Paulsen et al., 2002). Entsprechend ihrem Rollenbild neigen Männer dazu, ihre körperlichen Schmerzen und seelischen Befindlichkeiten zu verschweigen. Sie sind bestrebt, die Situation zu kontrollieren, indem sie sich mit den durch die Schmerzsituation bedingten Einschränkungen arrangieren (Paulsen et al., 2002) und therapeutische Interventionen positiv bewerten (Keogh et al., 2005).

Die männliche Eigenschaft, stets Herr der Lage sein zu wollen, spiegelt sich auch darin wieder, Schmerzen herunterzuspielen und als weniger gravierend einzuschätzen. Dies zeigt sich in der Studie von Robinson et al. (2003), in der Männer und Frauen

Videoaufzeichnungen über Schmerzsituationen beurteilen mussten. Das männliche Verhalten verstärkte sich in dem Masse, in dem Männer mit weiblichen Stereotypen konfrontiert wurden (Fowler et al., 2011). Die verstärkte Identifikation mit ihrem Rollenbild nach der Konfrontation mit weiblichen Stereotypen und die „Verharmlosung“ und das Herunterspielen von Schmerzempfindungen stellt für die Autorinnen eine nicht zu erwartende Reaktion dar. Vor der Auswertung der Studie nahmen die Autorinnen im Gegenteil an, dass eine Identifizierung mit weiblichen Stereotypen stattfinden und die Schmerztoleranz sinken würde.

Teuber et al. (2006) zeigen jedoch auf, dass sich Männer, die chronischen Schmerzsituationen ausgesetzt sind, in ihrer Geschlechterrollenorientierung zunehmend an femininen Geschlechtsrollennormen orientieren. Trotz der weitgehenden Akzeptanz ihrer Lebenssituation, zeigen die männlichen Teilnehmer ihre Überforderung durch eine gesteigerte Reizbarkeit und mögliche Isolation (Paulsen et al., 2002).

5.1.3 Kritische Stellungnahme zum Aufbau der verwendeten Studien in Bezug zur Fragestellung dieser Arbeit

5.1.3.1 Population und Setting der Studien

Die meisten der in dieser Arbeit vorgestellten Studien vergleichen Männer mit Frauen. Deshalb ist zu hinterfragen, ob in Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit, nicht verschiedene Formen einer Bias vorhanden sind. Lediglich die Studie von Paulson et al. (2002) und Mahalik et al. (2006), enthalten nur Männer in ihren Stichproben. Weiter werden die meisten Studien an gesunden Probanden im Laborsetting durchgeführt, was eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse erschwert. Die Autorinnen haben bewusst Studien aus verschiedenen Kontinenten (Westeuropa, USA, Asien, Australien) ausgewählt. Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass der Umgang mit Schmerz mehr geschlechtsspezifisch als kulturbedingt ist. Den Autorinnen ist jedoch bewusst, dass alle Länder aus denen die Studie stammen, eine Kultur mit mehr oder weniger westlicher Prägung haben.

5.1.3.2 Synonymnutzung Geschlecht und Gender in der Forschung

In den bearbeiteten Studien ist aufgefallen, dass die Termini Geschlecht und Gender oft synonym Verwendung finden. So werden lediglich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgehalten, die Ursachen dafür jedoch, die oft soziokultureller, politischer, psychologischer oder umfeldbedingter Art sein können, bleiben unergründet.

5.1.3.3 Bestimmung der Evidenzlevel

Die Studien selber geben keinen klaren Hinweis auf ihren Evidenzlevel. Die benutzten Evidenzlevel nach Madjar et al. (2001) quantitativ und Kearney (2001) qualitativ, die aus vier Stufen bestehen, erweisen sich zur Beurteilung der verwendeten Studien als sehr herausfordernd, da die Einteilung und Zuordnung von Studien zu einem Evidenzlevel einer grossen Erfahrung bedarf. Die Autorinnen haben sich trotzdem entsprechend ihrem Wissenslevel des Bachelorniveaus bemüht, die Studien einem Evidenzlevel zu zuordnen.

5.1.3.4 Die Problematik der Verallgemeinerung

In der vorliegenden Arbeit wird oft allgemein von „der Mann“ gesprochen oder der Plural die Männer benutzt. Die Autorinnen sind sich sehr wohl bewusst, dass kaum alle Männer so sind, wie in der Literatur und den Studien beschrieben. Darüber hinaus wird auch keine Zuschreibung oder Wertung des Mannes an und für sich vorgenommen. Dasselbe gilt für die weiblichen Mehrzahlausdrücke.

5.2 Zusammenfassung und kritische Diskussion der Ergebnisse der Studien in Bezug auf den theoretischen Hintergrund

Im theoretischen Hintergrund in Kapitel zwei konnte in Bezugnahme auf Fachliteratur gezeigt werden, dass sich der Umgang mit Schmerzen bei Männer und Frauen deutlich unterscheidet.

Dieser unterschiedliche Umgang wird vor allem mit den geschlechterrollenspezifischen Sozialisations- und Anpassungsprozesse erklärt (Pool et al., 2007, Teuber et al., 2006, Daig, 2009). In den vier psychologischen Theorien (Kasten, 2003) wird aufgezeigt, dass diese Entwicklung schon im Kindsalter beginnt. Knaben werden ermuntert, Stärke zu zeigen, ihr Weinen wird ignoriert, zudem imitieren und übernehmen sie das Verhalten von männlichen Bezugspersonen und identifizieren sich damit. Dieser Erziehungsstil und das damit verbundene Männerbild könnten sich ebenso auf den Umgang mit Schmerzen auswirken. Die Autorinnen ziehen folgende mögliche Schlüsse:

Eltern und Bezugspersonen könnten hierbei einen grossen Einfluss ausüben, indem sie den Knaben darin bestärken, nur Stärke zu zeigen. Dies drückt sich aus in den bekannten Redewendungen: „Ein Indianer kennt keinen Schmerz?“ und „Grosse Jungs weinen nicht!“. Nach Meinungen der Autorinnen, drückt sich in diesen Redewendungen ein noch heute gebräuchlicher Erziehungsstil aus. Die Autorinnen gehen zudem davon aus, dass wenn sich der Vater stark an den männlichen Geschlechterstereotypen orientiert und der Sohn

den Vater beim Umgang mit Schmerzen beobachtet, dieser in Zukunft das gleiche Verhalten im Umgang mit Schmerz übernimmt. Auch Teuber et. al. (2006) stellt fest, dass die Geschlechterrolle einen Einfluss auf das Schmerzerleben hat. Die Orientierung an männlichen Geschlechtsrollenstereotypen löst bei den Männern eine höhere Schmerztoleranz sowie eine stärkere Schmerzverleugnung aus (Teuber et al., 2006). Dass Geschlechterstereotypen signifikant Geschlechterunterschiede bei der Schmerzwahrnehmung beeinflussen, zeigt zudem die Studie von Wise et al. (2002). Nach Bündel et al. (1999, zit. nach Meuser, 2011) achten Männer weniger auf Körpersignale und gehen mit den ersten Symptomen einer Krankheit sorgloser um als Frauen. Männlichkeit sei somit gesundheitlich kontraproduktiv und inkongruent zur Patientenrolle (Teuber et al., 2006). Dieses Gesundheitsverhalten bestätigt sich in der Studie von Mahalik et al. (2006), welche aufzeigt, dass jungen Männern tendenziell eine Abwehr gegenüber präventiven Massnahmen haben. In dem Beitrag von Fischer (2006) wird ebenfalls ein geschlechtsspezifisches Verhalten in Bezug auf Krankheit und Gesundheit aufgezeigt. Nach Fischer (2006) unterscheiden Männer auch zwischen männlichen und unmännlichen Erkrankungen. Knochenbrüche seien hierbei eine äusserst männliche Erkrankung, während eine Erkältung zum Beispiel als unmännlich abgetan wird. Oft werden unmännliche Krankheiten von Männern aufgewertet, damit sie ihr Kranksein legitimieren können.

Wie im theoretischen Teil der Arbeit schon erwähnt, haben alle in dieser Arbeit diskutierten Studien gezeigt, dass Männer einen geschlechtsspezifischen Umgang mit Schmerzen haben. Es wird aber erst durch die Ergebnisse der Studien ersichtlich, wie Männer mit Schmerzen umgehen und warum ihr Umgang damit ein anderer ist als der von dem weiblichen Geschlecht. Der geschlechtsspezifische Umgang mit Schmerz schlägt sich ebenso in ihrer Ausdrucksweise, (Strong et al., 2009; Paulsen et al., 2002), in ihrer subjektiven Einschätzung ihrer Schmerzerfahrung (Fowler et al., 2010), in ihrer Akzeptanz der neuen durch Schmerz veränderten Lebenssituation (Paulsen et al., 2002) und in ihrer Bevorzugung von Bewältigungsstrategien wie Fokussierung auf für sie wahrnehmbare Schmerzqualitäten (Keogh et al., 2001) und die Nutzung von interventionellen Therapieangeboten (Keogh et al., 2005) nieder.

Im theoretischen Hintergrund konnte herausgearbeitet werden, dass das typisch männliche Verhalten gegenüber Schmerzen von dem geschlechtsspezifischen Rollenbild und deren Stereotypen geprägt wird. Der Einfluss des männlichen Rollenbildes auf den Umgang mit Schmerzen bei Männern wurde jedoch erst deutlich durch die Studien von Paulsen et al.

(2002) und Keogh et al. (2005). Die Geschlechtsstereotypen, „objektiv zu sein“, „zu kontrollieren“, „nicht verletzbar zu sein“ und „nicht zu weinen“ spiegeln sich darin wieder, dass sich Männer nur sehr bedingt und mit grossen Schwierigkeiten über ihre Befindlichkeiten austauschen (Paulsen et al., 2002; Strong et al., 2009). Stattdessen entscheiden sich die Männer dafür, die Schmerzsituation als normal zu akzeptieren und sehen praktische Interventionen wie die interdisziplinäre Schmerzintervention und die Copingstrategie, sich auf die wahrnehmbare Schmerzqualität zu fokussieren, als hilfreich an (Paulsen et al., 2002, Keogh et al., 2005, Keogh et al., 2001).

6. Theorie-Praxis-Transfer

Das Erarbeiten des theoretischen Hintergrundes hat den Autorinnen die Bedingtheit vom Umgang mit Schmerz und Geschlechterrollen aufgezeigt. In den bearbeiteten Studien wurden der Umgang mit Schmerz bei Männern und das spezifische männliche Rollenverhalten deutlich aufgezeigt. Dadurch können aus Sicht der Autorinnen für die Praxis Erkenntnisse gewonnen werden, die im Folgenden Erwähnung finden. Das Anliegen der Autorinnen ist es, in dieser Arbeit die Wichtigkeit des Einflusses, den Fachpersonen im Behandlungssetting auf Männer mit Schmerzen haben können, zu unterstreichen und darüber hinaus evidenzbasiertes Wissen über den Umgang mit Schmerz bei Männern weiterzugeben.

6.1 Einfluss von Fachpersonen im Behandlungssetting

Nach Robinson et al. (2001) basiert die individuelle Wahrnehmung einer Fachperson, deren Aufgabe es ist, das Verhalten eines Patienten mit Schmerzen sowie dessen Umgang damit zu analysieren, auf einer Vielzahl von Faktoren. So ist die eigene Überzeugung bezüglich eines angemessenen und akzeptablen Schmerzverhaltens sowohl durch die jeweils individuelle Schmerzgeschichte geprägt und darüber hinaus von stereotypischem sozialen und geschlechtsspezifischen Verhaltensmustern. Dies führt dazu, dass das Wertesystem der beobachtenden Person die Bewertung und Wahrnehmung des Schmerzpatienten wesentlich beeinflusst und steuert. Nach Meinung der Autorinnen sollten Fachpersonen dafür sensibilisiert werden, dass ihre eigenen Überzeugungen nicht in die individuelle Bewertung der Patienten oder der Betroffenen miteinfließen.

Fowler et al. (2011) beschreiben weiter, dass die Schmerztoleranz bei Männern steigt, wenn sie durch weibliche Geschlechtsstereotypen beeinflusst werden. Dies könnte nach Einschätzung der Autorinnen, im Behandlungssetting zum Tragen kommen. So sei es zum Beispiel möglich, dass Männer im Akutspital einer Pflegefachperson eine höhere Schmerztoleranz angeben, um ihre männlichen Attribute zu stärken. Es ist anzunehmen, dass dieser Prozess völlig unbewusst geschieht, könnte aber schon seit frühester Kindheit im Verhalten des Mannes verankert sein und sich so auf das Schmerzmanagement auswirken. Dies sind für die Autorinnen wichtige Aspekte, die sich die Pflege beim praktischen Arbeiten mit Schmerzpatienten ins Bewusstsein rufen sollte!

Um Männer ihr Geschlechterrollenverhalten zu verdeutlichen und eine Verhaltensänderung zu erwirken, haben sich kognitive Interventionen wie die Psychoedukation empirisch als

sehr wirksam erwiesen (Barrowclough et al., 2001; Hensley et al., 2004, zit. nach Mahalik et al., 2006).

6.2 Evidenzbasiertes Wissen für die Praxis. Über Schmerz im Umgang mit Männern

Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass Männer ihre Schmerzerfahrung im Moment des Schmerzempfindens und auch im Nachhinein nicht mit begleitenden Emotionen erzählen (Keogh et al., 2001; Strong et al., 2009). Die Autorinnen könnten sich vorstellen, dass dies nicht im Zusammenhang mit den tatsächlichen Schmerzen steht, sondern dass die Männer wie in der Studie von Strong et al. (2009) gezeigt, eine sehr objektive Erzählform verwenden, wenn es um das Thema Schmerz geht. Pflegefachpersonen sollten sich somit bewusst sein, dass die objektive Erzählform bei Männern wahrscheinlich keinen Zusammenhang mit der Stärke der Schmerzerfahrung hat und dass verbale Aussagen von Männer und Frauen nicht gleich bewertet werden können.

Dies könnte sich möglicherweise auf die Kommunikation, auf das Assessment und die Behandlung von Schmerzen auswirken (Strong et al., 2009).

Zudem geben 7% von befragten Männern an, keine Angst vor Arztbesuchen zu haben. Befragt man jedoch die Partnerinnen nach der Angst ihrer Männer vor einem Arztbesuch, so geben 63 % an, dass ihr Mann Angst davor habe (Zulehner et al., 1988, zit. nach Brandes, 2003). Dies könnte ein Grund dafür sein, dass Männer vorgeben mit den ersten Symptomen einer Krankheit sorgloser umzugehen als Frauen (Bündel et al., 1999, zit. nach Meuser, 2011). Weiter zeigen Männer nicht die gleiche Bereitschaft über ihre Schmerzen zu sprechen, wie Frauen (Strong et al., 2009). Den Autorinnen ist wichtig, dass die Pflege solche möglichen Zusammenhänge erkennt und diese im Assessment berücksichtigt oder spezifisch nachfragt.

Männer mit chronischen Schmerzen versuchen, nach aussen so lange wie möglich Normalität auszustrahlen. Es hat sich jedoch gezeigt, dass Männer mit diesem Verhaltensmuster überfordert sind (Paulsen et al., 2002). Um Männer möglichst frühzeitig vor dieser Überforderungssituation zu bewahren, weisen die Autorinnen darauf hin, dass es zu einer präventiven Aufgabe der Pflege werden könnte, Männer zu ermutigen, Schmerzen zu äussern und ihnen aufzuzeigen, dass es für sie persönlich so wie auch für die Schmerzevaluation des Fachpersonals gerechtfertigt ist, Müdigkeit und Schwäche zu zeigen.

Therapeutische Schmerzinterventionen haben bei Männern langfristig einen positiven Effekt, weiter bewerten Männer das Fokussieren auf die für sie wahrnehmbaren Schmerzen als eine wirksame Copingstrategie (Keogh et al., 2001; Keogh et al., 2005). Die Aufgabe der Pflege ist es, auf evidenzbasierte männerspezifische Bewältigungsstrategien Rücksicht zu nehmen und diese den Männern anzubieten. Die Autorinnen sehen es deshalb als sinnvoll, dass insbesondere bei Männern therapeutische Schmerzinterventionen zur Anwendung kommen und dass Copingstrategien angeboten werden, welche das Fokussieren auf die Schmerzqualitäten beinhalten.

Die Berücksichtigung von männerspezifischen Bewältigungsstrategien ist ein Beispiel für konkrete Anwendung von Genderkompetenz. Eine allgemeine Definition von Genderkompetenz wird nachstehend definiert.

6.3 Anwendung von Genderkompetenz

Das Genderkompetenzzentrum (2003-2010) versteht unter dem Begriff Genderkompetenz folgendes:

„Die Fähigkeit zu verstehen, wie die soziale Kategorie Geschlecht (Gender) gesellschaftliche Verhältnisse organisiert – Körper, Subjektivität und Beziehungsformen, aber auch Wissen, Institutionen sowie Organisationsweisen und Prozesse. Doch Genderkompetenz ist nicht nur eine Fähigkeit, sondern auch eine Strategie, um Veränderungen zu bewirken, indem Ziele der Gleichstellungs-, Antidiskriminierungs- und Diversitätspolitik umgesetzt werden“.

Genderkompetenz beinhaltet somit das Verstehen von Gender und die Bereitschaft dieses Wissen umzusetzen. Dazu gehört auch das Abbauen von geschlechtsspezifischen Stereotypen, indem die einengenden, beschränkenden, ausgrenzenden und benachteiligenden Zuschreibungen erkannt und aufgedeckt werden (Genderkompetenzzentrum, 2003-2010).

Durch die Auseinandersetzung mit der Fragestellung dieser Arbeit, haben sich die Autorinnen die Genderkompetenz in einer spezifischen Thematik erarbeitet. Insbesondere die Ergebnisse in diesem Kapitel zum Theorie-Praxis Transfer bringt die Autorinnen zur Überzeugung, dass die Genderkompetenz als ein wesentlicher Teil der beruflichen Kompetenz des Fachpersonals zu sehen ist. Dies könnte in der Praxis auch folgend ausgeführt werden. Fachpersonen sprechen Männer in der Anamneseerhebung, so wie in der weiteren Betreuung des Schmerzmanagements geschlechtsspezifisch und situationsspezifisch an. Fachpersonen sollen Männer gegenüber spezifische Fragen

stellen, denn diese fordern auch spezifische Antworten. Zudem ist Sympathie ein wichtiger Faktor von Seite der Fachpersonen gegenüber den Männern. Mitleid zu zeigen ist eher kontraproduktiv, da dieses den Männern einen Kontrollverlust vermittelt. Zudem ist wichtig, den Männern die Verantwortung zu übergeben und ihnen verschiedenen Optionen zur Bewältigung zur Verfügung zu stellen. Es soll in einer Unterhaltung nicht zu viel erwartet werden, Männer öffnen sich eher, je weniger von ihnen erwartet wird (Madson und Juhl, 2001-2005).

7. Schlussfolgerung

Zusammenfassend kann nach der Auswertung der Studien unsere Fragestellung folgendermassen beantwortet werden: Die männliche Geschlechterrolle beeinflusst das geschlechtsspezifische Verhalten in Bezug auf den Schmerz in ihrer Sprache (Strong et al., 2009, Paulsen et al., 2002), sowie im Nichtäussern der Befindlichkeit (Paulsen et al., 2002), in der Schmerztoleranz (Fowler et al., 2011), in der Schmerzerfahrung (Fowler et al., 2011; Robinson et al., 2003), im Umgang mit einer chronischen Schmerzsituation (Paulsen et al., 2002), in ihrer Bereitschaft, sich über Schmerzen zu äussern (Strong et al., 2009) und in den Bewältigungsstrategien (Keogh et al., 2001; Keogh et al., 2005; Yu et al., 2011). Zudem kann eine männliche Geschlechterrolle in einer chronischen Schmerzsituation nicht aufrechterhalten werden (Teuber et al., 2006). Die Berücksichtigung vom geschlechtsspezifischen Verhalten ist ein Teil der Genderkompetenz. Im Theorie-Praxis Transfer hat sich gezeigt, dass Genderkompetenz ein wesentlicher Anteil der beruflichen Kompetenz des Fachpersonals sein soll. Nach Ansicht der Autorinnen ermöglicht diese Erweiterung der Fachkompetenz eine ethische so wie auch eine ökonomische Verbesserung der Berufsausübung.

7.1 Offene Fragen

Folgende Fragen bestehen weiter:

- Welchen Einfluss haben engstehende Personen (Ehepartner) auf das Gesundheitsverhalten respektive Schmerzverhalten bei Männern?
- Welche weiteren geschlechtsspezifischen therapeutischen Ansätze und Selbsthilfekonzepte, können bei Männern mit akuten oder chronischen Schmerzen zur erfolgreichen Anwendung kommen?
- Wie sieht eine geschlechtsspezifische Psychoedukation aus, die für Männer im Schmerzmanagement hilfreich sein könnte?
- Welche weiteren Faktoren beeinflussen Männer in ihrem geschlechtsspezifischen Schmerzverhalten?
- Wie können Männer und Fachpersonen auf die Thematik dieser Arbeit sensibilisiert werden?

7.2 Zukunftsaussichten

Die Autorinnen möchten nach den ausgewerteten Resultaten der Studien und dem bearbeiteten Hintergrundwissen folgende Aussage für die Praxis hervorheben:

„In Gesundheitsbereichen ist generell eine gendersensitive¹¹ Betrachtung anzustreben“ (BAG, 2010, S. 6).

Damit im Gesundheitsbereich die gendersensitive Betrachtung ihren gebührenden Platz erhält, sind die Autorinnen der Meinung, dass weitere Forschungsprojekte zu dieser Thematik Männer und Schmerz notwendig sind.

Jedoch erweisen sich laut Franke (2010) Forschungsarbeiten dieser Thematik in ihrer Durchführung als schwierig. Es können oft nur Zusammenhänge aufgezeigt werden, jedoch nicht, wie diese zustande kamen.

Die meisten zugänglichen Arbeiten die die Autorinnen gefunden haben, untersuchten den Vergleich zwischen dem Verhalten von Männern und Frauen. Da eine Gegenüberstellung der Geschlechter zu viele Interpretationsmöglichkeiten, Variablen und Bias zulässt, empfehlen die Autorinnen, dass in zukünftigen Studien keine Vergleiche zwischen den Geschlechtern vorgenommen werden. Stattdessen sollte anhand von qualitativen Untersuchungen zu einem Geschlecht der Umgang und die Ursachen für das geschlechterspezifische Schmerzverhalten erforscht und aufgezeigt werden.

8. Literaturverzeichnis

- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Pain*, 10, 287–333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Bundesamt für Gesundheit, BAG, (2010). *Frauengesundheit – Männergesundheit*.
Heruntergeladen von
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10417/10492/10494/index.html?lang=de> am 23.01.2013
- Burns, S. & Grove, S. K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Urban & Fischer.
- Daig, I. (2009). Maskulinität und Maskulinitäten. In D. Kleiber, S. Grüsser, N. Knoll & E. Brähler (Hrsg.), *Tabuzonen der Frauen- und Männergesundheit* (S. 63-79). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Dinges, M. (2010). Die gesundheitliche Lage von Männern. In D. Bardehle . & M. Stiehler (Hrsg.), *Erster deutscher Männergesundheitsbericht, ein Pilotbericht* (S. 2-16). Germering/München: W. Zuckschwerdt Verlag GmbH.
- Duden (2013). Wörterbuch.
Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/>
Am 02.04.2013
- Kut, E., Schaffner, N., Wittwer, A., Candia, V., Brockmann, M., Storck, C. & Folkers, G. (2007). Changes in Self-Perceived role-identity Modulate Pain Perception. *Pain* ,131, 181-190.
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (2. überarb. und erweit. Aufl.). Bern: Huber.

- Fischer, G. (2006). *Warum Frauen gesünder leben & Männer früher sterben: geschlechtsbezogene Krankheitsbilder*. Weinheim: Beltz.
- Fowler, S. L., Rasinski, H. M., Geers, A. L., Helfer, S. G. & France C. R. (2011). Concept priming and pain: an experimental approach to understanding gender roles in sex-related pain differences. *J Behav Med* ,34, 139-147.
doi:10.1007/s10865-010-9291-7
- GenderKompetenzZentrum. (2003-2010). *Gender*. Heruntergeladen von <http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz-2003-2010/gender/genderkompetenz> am 12.02.2013
- GenderKompetenzZentrum. (2003-2010). *Genderkompetenz & Queerversity*. Heruntergeladen von <http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz-2003-2010/genderkompetenz-und-queerversity> am 12.02.2013
- GenderKompetenzZentrum. (2003-2010). *Stereotype*. Heruntergeladen von <http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz-2003-2010/gender/Stereotype> am 12.02.2013
- Greiner, A. & Fraedrich, G. (n.D.). Österreichische Schmerz Gesellschaft . *Nächtlicher Ruheschmerz*. Heruntergeladen von <http://www.schmerznetz.at/view.php?name=IndikationenRuheschmerz> am 02.04.2013
- Heller Medizintechnik (2007). *Kompetenter Partner in der Elektrostimulations-Technologie*. Heruntergeladen von <http://www.heller-medizintechnik.de/was-ist-tens.html> am 03.04.2013
- IASP (2013). *Pain Terms*. Heruntergeladen von <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm> am 27.02.2013

- Kasten, H. (2003). *Weiblich – Männlich: Geschlechterrollen durchschauen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kearney, M. H. (2001). Levels and applications of qualitative research evidence. *Res Nurs Health*, 24, 145-153.
- Keogh, E. & Herdenfeldt, M. (2001). Gender, coping and the perception of pain. *Pain*, 97, 195-201.
- Keogh, E., McCracke, L. M. & Eccleston, C. (2005). Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management? *Pain*, 114, 37–46.
doi:10.1016/j.pain.2004.12.009
- Lehner, E. (2010). Schmerz und Depression- Die Bedeutung von Gender im Erleben von Leid. In E. Reitlinger & S. Beyer (Hrsg.), *Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe* (S. 231-241). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Luck, F., Pühl, K. & Häberlein, J. (2012). *Einführung: Genderkompetenz*. Modul Transkulturelle Pflege und Genderkompetenz, PF222. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung – Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer.
- Madjar, I. & Walton, J. (2001). What is problematic about evidence? In J. M. Morse & J. M. Swanson & A. J. Kuzel (Hrsg.), *The nature of qualitative evidence* (S. 28-45). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Madson, S. A. & Juhl, T. (2001-2005). Men and postnatal depression. Men's Psychological Transition to Fatherhood. Community Framework Strategy on Gender Equality 2001-2005.

- Mahalik, J. R., Lagan, H. D. & Morrison, J. A. (2006). Health Behaviors and Masculinity in Kenyan and U.S. Male College Students. *Psychology of Men & Masculinity*, Vol. 7/4, 191–202. doi:10.1016/j.pain.2009.05.018
- Meuser, M. (2011). Männerkörper: Diskursive Aneignungen und habitualisierte Praxis. In M.. Bereswill, M. Meuser & S. Scholz (Hrsg.), *Dimensionen der Kategorie Geschlecht: Der Fall Männlichkeit* (S.152). Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Naef, R. (2008). *Beurteilungskriterien für quantitative und qualitative Studien*. Modul Pflegeforschung, PF203. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Oggier, W. (2007). Volkswirtschaftliche Kosten chronischer Schmerzen in der Schweiz – eine erste Annäherung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 88, 29-30.
- Paulson, M., Danielson, E. & Söderberg, S. (2002). Struggling for a Tolerable Existence: The Meaning of Men's Lived Experiences of Living with Pain of Fibromyalgia Type. *Qual Health Res*, 12, 238.
doi:10.1177/104973202129119865
- Pool, G. J., Schwegler, A. F., Theodore, B. R. & Fuchs, P. N. (2007). Role of gender norms and group identification on hypothetical and experimental pain tolerance. *Pain*, 129, 122-129. doi:10.1016/j.pain.2006.10.008
- Rheuma Liga Schweiz. (n.D.). *Die rätselhafte Schmerzerkrankung*. Heruntergeladen von <http://www.rheumaliga.ch/ch/Fibromyalgie> am 03.04.2013.
- Robinson, M. E., Riley, J. L., † Myers, C. D., † Papas, R. K., Wise, E. A., Waxenberg, L. B. & Fillingim, R. B. (2001). Gender Role Expectations of Pain: Relationship to Sex Differences in Pain. *The Journal of Pain*, 2, 251-257.
- Robinson, M. E. & Wise, E. A. (2003). Gender bias in the observation of experimental pain. *Pain*, 104, 259–264. doi:10.1016/S0304-3959(03)00014-9

- Robinson, M. E., Wise, E. A., Gagnon, C., Fillingim R. B. & Price, D. D. (2004). Influences of Gender Role and Anxiety on Sex Differences in Temporal Summation of Pain. *The Journal of Pain*, 5, 77-82. doi:10.1016/j.jpain.2003.11.004
- Ris, I. & Preusse-Bleuer, B. (2009). *Elemente zur Beurteilung von Studien*. Modul Pflegeforschung, PF203. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Scott, J. W. (2001). Die vielen Bedeutungen des Begriffs gender. Heruntergeladen von www.lustaufgender.ch/docs/scott.pdf am 13.03.2013
- Strong, J., Mathews, T., Sussex, R., New, F., Hoey, S. & Mitchell, G. (2009). Pain language and gender differences when describing a past pain event. *Pain*, 145, 86–95. doi:10.1016/j.pain.2009.05.018
- Teuber, N., Thiele, A. & Eberhardt, B. (2006). Geschlechterrolle und Schmerzerleben. *Schmerz*, 20, 307–313. doi:10.1007/s00482-005-0436-5
- Thomm, M. (2011). *Schmerzmanagement in der Pflege*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- WHO (2013). Gender, women and health. Heruntergeladen von <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/> am 02.04.2013
- Winkelmann, M. (2005). Physiowinkelmann. Schmerz. Heruntergeladen von <http://www.physiowinkelmann.de/Schmerz.html> am 02.04.2013
- Wippermann, K. & Wippermann, C. (2007). *20-jährige Frauen und Männer heute: Lebensentwürfe, Rollenbilder, Einstellungen zur Gleichstellung*. Heruntergeladen von <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/sinus,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf> am 23.01.2013
- Wise, E. A., Price, D. D., Myers, C. D., Heft, M. W. & Robinson, M.E. (2002). Gender role expectations of pain: relationship to experimental pain perception. *Pain*, 96, 335-342.

Wübbenhorst, K. (n.D.). *Gabler Wirtschaftslexikon*.

Heruntergeladen von <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/10394/item-v5.html>
am 02.04.2013

Yu, H., Tang, F., Yeh, M., Kuo, B.I. & Yu, S. (2011). Use, Perceived Effectiveness and Gender Differences of Pain Relief Strategies Among the Community- Dwelling Elderly in Taiwan. *Pain Management Nursing*, 12, 41-49.
doi:10.1016/j.pmn.2009.10.002

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Männliche Geschlechtsstereotypen

Tabelle 2 Keywords für die Literaturrecherche

Tabelle 3 Studienübersicht

10. Danksagung

Herr Frank Luck möchten wir für seine kompetente und engagierte Begleitung danken. Bei unseren Familien, Freundinnen und Freunden möchten wir uns für die moralische Unterstützung und Beratung bedanken. Ein besonderer Dank für die Unterstützung dieser Arbeit geht an Andrea Kummli, Rudolf Merkel und Nicole Rohrer.

11. Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erklären wir, die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst zu haben.

Datum: 03.05.2013

Unterschrift Studierende

Jennifer Kummli

Madeleine Merkel

12 Anhang

12.1 Wortzahl

Abstract: 190

Arbeit: 10766

12.2. Glossar

1. Bias: eine Verzerrung in den Ergebnissen der Datenanalyse (LoBiondo-Wood et al., 2005).
2. Biomedizinisch: biomedizin; ein noch relativ neues Forschungsgebiet, das im Grenzbereich von Biologie und Humanmedizin liegt (DocCheck, 2013).
3. covert gender cues: verdeckte Gender Signale (Fowler et al., 2011).
4. Chi-Quadrat-Test: wird zur Analyse nominaler Daten angewendet, um die signifikanten Unterschiede zwischen beobachteten Häufigkeiten in den Daten und den erwarteten Häufigkeiten zu bestimmen (Burns & Grove, 2005).
5. Debriefing: Untersuchungsteilnehmer werden nach der Beobachtung über die Untersuchung informiert und die Möglichkeit geboten, Fragen zu stellen. Dabei können die Teilnehmer die Verwendung ihrer Daten für die Weiternutzung ablehnen (LoBiondo-Wood et al., 2005).
6. Empirisch: das Erlangen von Beweisen oder objektiven Daten (LoBiondo-Wood et al., 2005).
7. Epidemiologie: medizinische Forschungsrichtung, die sich mit der Entstehung, Verbreitung und Bekämpfung von Epidemien befasst (Duden, 2013).
8. Evidenz: Unmittelbare und vollständige Einsichtigkeit, Deutlichkeit, Gewissheit (Duden, 2013).
9. Fibromyalgie: generalisiertes Weichteilrheuma in allen möglichen Regionen des Körpers. Zwischen 0,5% und 5% der Bevölkerung leiden daran. In der Schweiz sind das zwischen 40 000 und 400 000 Personen (Rheumaliga Schweiz, n.D.).
10. Gender: kulturell und sozial erworbenes Geschlecht (Franke, 2010). Beinhaltet Rollen, Verhalten, Aktivitäten und Eigenschaften, die für Männer und Frauen von der Gesellschaft vorgegeben werden (WHO, 2013).
11. Gendersensitiv: bezieht das Geschlecht in Überlegungen ein, beachtet das Geschlecht (Franke, 2010).
12. Geschlechtsspezifisch: ausschließlich bei einem Geschlecht vorkommend (Franke, 2010).

13. Geschlechtstypisch: mit höherer Wahrscheinlichkeit bei einem Geschlecht vorkommend (Franke, 2010).
14. Geschlechterrollen: Rollenbild von Mann und Frau
15. Homogen: Gleichheit der Voraussetzungen/Bedingungen. Auch interne Konsistenz genannt (LoBiondo-Wood et al., 2005).
16. Item: Grundaufbauelement einer Skala (beispielsweise eines Tests, eines Indexes, eines Fragebogens). Inhalt eines Items können Fragen, Aussagen oder Meinungen sein (Wübbenhorst, n.D.).
17. Ischämischer Schmerz: „Der ischämische Ruheschmerz ist das Leitsymptom der weit fortgeschrittenen peripheren arteriellen Verschlusskrankheit“ (Greiner & Fraedrich, n.D.).
18. Kovarianzanalyse: (ANCOVA) Statistisches Verfahren, in dem vor der Varianzanalyse eine Regressionsanalyse durchgeführt wird (Burns et al., 2005).
19. Matching: „Eine spezielle Stichproben-Strategie, die zur Konstruktion einer äquivalenten Vergleichsstichprobe dient, bei der sich die Stichprobengruppe bezüglich feststehenden Variablen wie Alter und Geschlecht gleichen“ (LoBiondo-Wood et al., 2005).
20. Noxische Reize: mechanische, chemische oder thermische Reize, die das Gewebe aktuell oder potentiell schädigen (Winkelmann, 2005).
21. Prädiktor: zur Vorhersage eines Merkmals herangezogene Variable (Duden, 2013)
22. Prävalenz: Anteil von erkrankten Personen, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums an einer Erkrankung leiden.
23. Randomisiert: ein Verfahren zur Stichprobenauswahl, bei dem jede Person oder jedes Element einer Population die gleiche und von Beeinflussung freie Chance hat, für die Interventionsgruppe oder für die Kontrollgruppe ausgewählt zu werden (LoBiondo-Wood et al., 2005).
24. Reliabilität: Konsistenz oder Unveränderlichkeit (Konstanz) eines Messinstruments bei der Verwendung durch verschiedene Personen (LoBiondo-Wood et al., 2005).
25. Schmerzerfahrung: in Bezug auf eine experimentelle Schmerzerfahrung (Fowler et al., 2011).
26. Schmerztoleranz: Bezeichnung für die stärksten Schmerzen, die eine Person ertragen kann (Thomm, 2011).
27. Schmerzwahrnehmung: die individuelle Wahrnehmung von Schmerzen (Keogh et al. 2001).

28. Social response bias: Verzerrungen in Bezug auf bestimmte soziale Antworten (Keogh et al. 2001).
29. Sozialisation: Einordnung des (heranwachsenden) Individuums in die Gesellschaft und die damit verbundene Übernahme gesellschaftlich bedingter Verhaltensweisen durch das Individuum (Duden, 2013).
30. Sex: biologisches Geschlecht im Gegensatz zu Gender: kulturell und sozial erworbenes Geschlecht.
31. Stoisch: „unerschütterlich; gleichmütig, gelassen. Synonym mit abgeklärt, ausgeglichen, bedächtig, beherrscht, beschaulich, besonnen, geduldig, gefasst, gelassen, gemächlich, gemessen, gemütlich, geruhsam, gesetzt, gleichmütig, in sich ruhend, langsam, mit Bedacht, ruhig, seelenruhig, unerschütterlich;
a. (gehoben) bedachtsam, langmütig, ruhevoll;
b. (bildungssprachlich) diszipliniert; (salopp) cool“ (Duden, 2013).
32. Transkutane Elektrostimulation: „Transkutane **E**lektrische **N**erven **S**timulation (TENS) Applikation elektrischer Impulse, die durch die Haut auf die Nerven einwirken“ (Heller Medizintechnik, 2007, S. 1).
33. Validität: Gültigkeit (Burns et al. ,2005).
34. Variable: ein in Zahlen überführtes, also operationalisiertes Merkmal (Huber, Epidemiologie Vorlesung), definiertes Konzept (LoBiondo-Wood et al., 2005)
35. Varianzanalyse: (ANOVA) Statistischer Test, anhand dessen die Unterschiede zwischen zwei oder mehreren Gruppen untersucht werden, indem die Variabilität zwischen den Gruppen mit denjenigen innerhalb jeder einzelnen Gruppe verglichen wird (Burns et al., 2005).
36. Verblindet: findet statt, wenn Untersuchungspersonen nicht wissen, dass sie an einem Forschungsprozess teilnehmen (LoBiondo-Wood et al., 2005).

12.3 Tabellarische Studienübersicht

Referenz: Keogh, E., Herdenfeldt M. (2001). Gender, coping and the perception of pain. *Pain*, 97, 195-201.

1. Sample	2.Design/Methode	3.Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Praxis
<p><u>Population:</u> Studenten, zwischen 18 und 39 Jahren, Durchschnittsalter: 24.11 J.</p> <p><u>Stichprobe:</u> N = 50 (m=24, w=26)</p> <p><u>Stichprobenziehung:</u> Rekrutiert vom Goldsmiths College University of London</p> <p><u>Studiengruppen:</u> Zwei randomisierte Mix-Gruppen.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> Nicht vorhanden.</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> Aktuelle Schmerzen, Herz- Kreislauf-erkrankungen, Diabetes oder</p>	<p><u>Design:</u> Quantitativ, Quasi-experimentelles Design</p> <p><u>Ziel:</u> Das Ziel der Studie war, zu untersuchen, ob es einen geschlechter-spezifischen Unterschied in Bezug auf zwei Copingstrategien (Fokussieren auf Sensorik/ Emotionen) bei einem experimentellen Schmerz „cold pressure“ gibt.</p> <p><u>Hypothesen:</u> Die Hypothese der Forscher war, dass es in der Wahrnehmung von</p>	<p><u>Schmerzinduktions-technik:</u> Die Teilnehmer mussten ihren nicht dominanten Arm zuerst 2 min. in ein 37 Grad warmes Wasser halten und anschliessend in ein Wasserbad, welches nur 1-2 Grad betrug, mit der max. Zeit von 2 min.</p> <p>Die Teilnehmer wurden nach dem Zufallsprinzip einer Copingstrategie (emotion-focused oder sensory-focused) zugeteilt.</p> <p>Die Teilnehmer mussten anschliessend zwei Fragebögen ausfüllen: Einerseits den MPQ-SF</p>	<p><u>Datenniveau:</u> Unabhängige Variabel: Nominal (Gruppe)</p> <p>Abhängige Variable: Intervall (MPQ-SF, BIDR, DASS)</p> <p><u>Statistische Verfahren:</u> Kovarianzanalyse (ANCOVA)</p> <p><u>Signifikanzniveau:</u> p<0.05</p>	<p>Frauen zeigten bei beiden Coping-strategien eine tiefere Schmerztoleranz als die Männer (F (1.48) = 7.08, p = < 0.05). In Bezug auf die Coping-strategie „sensorisch es Fokussieren“ auf den Schmerz zeigten Männer jedoch eine deutlich höhere Schmerz-toleranz (F (1.48) =</p>	<p>Die Ergebnisse der aktuellen Studie belegen eindeutig, dass geschlechts-spezifische Unterschiede in der Wahrnehmung von Schmerz bestehen.</p> <p>Dies bedeutet, dass Männer eher von einer Copingstrategie profitieren, die sich auf das Fokussieren der Schmerzen bezieht und nicht auf die Emotionen, welche durch den Schmerz ausgelöst werden.</p> <p>Die Frauen wiederum profitierten besser von der Copingstrategie, welche sich auf die Emotionen bezogen hat.</p> <p>Dies könnte für die Praxis bedeuten, dass Männer Schmerzen anders äussern als Frauen und man geschlechter-spezifisch nach einer Copingstrategie suchen muss.</p>

aktuelle medikamentöse Behandlung.	Schmerzen Geschlechtsunterschiede gibt, in Bezug auf die beiden Copingstrategien „Äussern von Emotionen“ und „Fokussieren auf die Sensorik“.	(McGill Pain Questionnaire), und andererseits den BIDR (Balanced Inventory of Desirable Responding. Zudem mussten die Teilnehmer die DASS (Depression, Anxiety, Stress Scale) ausfüllen.		11,17, $p = <0.005$), als beim Äussern von Emotionen ($F(1.48) = 13.16$, $p = <0.005$). Frauen hingegen zeigten eine höhere Schmerz-toleranz wenn sie ihre Emotionen zum Schmerz äussern konnten.	
------------------------------------	--	--	--	---	--

Beurteilung der Studie: Keogh, E., Herdenfeldt M. (2001). Gender, coping and the perception of pain. *Pain*, 97, 195-201.

Stichprobe:

Die Stichprobe (Studenten, welche vom Goldsmiths College, University of London, UK rekrutiert wurden) beträgt N=50, davon sind 24 der Teilnehmer Männer und 26 Frauen. Die Stichprobengrösse wurde nicht begründet. Die Teilnehmer wurden anschliessend randomisiert einer der beiden Copinggruppen zugeteilt. Es gab keine Kontrollgruppe.

Design & Methode:

Die Forscher haben ein Ziel und eine Hypothese formuliert, jedoch keine Fragestellung. Das Design und die Methode werden beschrieben.

Datenerhebung:

Die Datenerhebung wurde anhand von zwei Fragebögen durchgeführt: Einerseits den MPQ-SF (McGill Pain Questionnaire), welcher auf elf Schmerzbeschreibungen basiert und andererseits den BIDR (Balanced Inventory of Desirable Responding, welcher mittels 40 item die social response bias misst. Zudem mussten die Teilnehmer die DASS (Depression, Anxiety, Stress Scale) ausfüllen, welche Depression-, Angst- und Stressempfindungen misst. Die drei Messinstrumente sind laut eigenen Aussagen der Forscher reliabel und valide. Die Durchführungsobjektivität ist gewährleistet, da alle Teilnehmer die gleichen Bedingungen hatten. Die Generalisierbarkeit der Studie muss kritisch beachtet werden, da es sich um ein Laborsetting mit einer experimentellen Schmerzerfahrung handelte und die Teilnehmer gesunde Studenten waren.

Datenanalyse:

Für die Datenanalyse haben die Forscher die Kovarianzanalyse (ANCOVA) gewählt, welche zum Datenniveau passt. Dabei wurde der Gruppenfaktor „Geschlecht“ (Frauen vs. Männer) und der Faktor innerhalb einer Gruppe, das heisst die Copingstrategie (sensory-focused vs. emotion-focused) gewählt. Die Schmerztoleranzmessung anhand von einem experimentellen Schmerz und die Fragebögen und Skala wurden als abhängige Variable hinzugezogen. Das Signifikanzniveau ist angegeben.

Resultate:

Die Resultate sind signifikant, sie werden in vier Abbildungen dargestellt und im Diskussionsteil umfangreich mit der Literatur in Verbindung gebracht. Das Ethikkomitee des Goldsmiths College hat die Studie genehmigt.

Bedeutung für die Praxis:

Nach Madjar et al. (2001) kann die Studie einem Evidenzlevel von zwei zugeordnet werden.

Referenz: Teuber, N., Thiele, A. & Eberhardt, B. (2006). Geschlechterrolle und Schmerzerleben. *Schmerz*, 20, 307–313.

1. Sample	2. Design/Methode	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Praxis
<p><u>Stichprobe:</u> n=90</p> <p><u>Stichprobenziehung:</u> Die Teilnehmer wurden in drei Schmerzpraxen in Frankfurt am Main und in der Schmerzambulanz der Frankfurter Universitätsklinik mit Unterstützung der jeweiligen Schmerztherapeuten rekrutiert.</p> <p><u>Studiengruppen:</u> Gruppe 1: N=45</p> <p>männliche und weibliche Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung in Behandlung.</p> <p>N= 29 Frauen (64%) und 16 Männer (36%).</p>	<p><u>Design:</u> Quantitativ, Querschnittsdesign</p> <p><u>Fragestellung:</u> Gibt es einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Facetten der Geschlechtsrollenorientierung und chronischem Schmerz?</p> <p><u>Hypothesen:</u> Schmerzpatienten, relativ unabhängig vom biologischen Geschlecht, haben eine insgesamt stärker ausgeprägte feminine Geschlechtsrollenorientierung bzw. eine insgesamt niedriger ausgeprägte maskuline Geschlechtsrollenorientierung aufgewiesen</p>	<p>Die Geschlechtsrollenorientierung wurde über Fragebogenskalen zu geschlechtsstereotypischen Eigenschaften (GEPAQ) und zu maskulinen und femininen Geschlechtsrollenormen (MRNS, FRNS) erfasst.</p>	<p><u>Datenniveau:</u> Unabhängig: Nominal (Gruppe)</p> <p>Abhängige Variable: Intervall (GEPAQ; MRNS; FRNS)</p> <p><u>Statistische Verfahren:</u> Für die Datenanalyse haben die Forscher eine zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse (ANOVA) sowie die multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) gewählt.</p> <p><u>Signifikanzniveau:</u> Mittels MANOVA Faktor „Gruppe“ $p < 0.01$ Faktor</p>	<p>Schmerzpatienten unterscheiden sich in ihren Geschlechtsrollenorientierungen signifikant von Kontrollpersonen. Schmerzpatienten stimmen in stärkerem Masse traditionell femininen Rollennormen und Eigenschaftswörtern zu, Kontrollpersonen in stärkerem Masse traditionell maskulinen Rollennormen und Eigenschaften. Die psychosoziale</p>	<p>In der Beratung und Therapie von Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten sollten Pflegende und Ärzte auch deren Geschlechtsrollenkonflikte und geschlechtsrollenbezogene Belastungen in Gespräche und Interventionen miteinbeziehen.</p>

<p>Alter: 28-66, Durchschnittsalter 47.1 Jahre.</p> <p>Gruppe 2: Kontrollgruppe: N=45</p> <p>Frauen und Männer ohne Schmerzen. 27 Frauen (60%) und 18 Männer (40%). Alter: 21- 63, Durchschnittsalter 44.2 Jahre.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> Somatoforme Erkrankung für Gruppe 1. (diagnostiziert nach ICD- 10, F 45.4)</p> <p>Gruppe 2: Auswahl für eine möglichst hohe Übereinstimmung in soziodemographischen Variablen (Alter, Geschlecht und Bildung) mit der Schmerzgruppe.</p>	<p>als Personen, die unter keinen Schmerzen leiden.</p> <p><u>Variablen:</u> Gruppenfaktoren „Geschlecht“ (Frauen vs. Männer) und „Gruppe“ (Patienten vs. Kontrolle)</p> <p>Abhängige Variable: Geschlechtsrollenskalen</p>		<p>„Geschlecht“ nicht signifikant</p> <p>Analysiert man die Effekte für die Einzelskalen (univariate Analyseebene), so ergeben sich für den Faktor „Gruppe“ in drei Skalen signifikante Haupteffekte mit den Irrtumswahrscheinlichkeiten $p<0.10$, $p<0.05$ und $p<0.01$.</p>	<p>Geschlechtsrollenorientierung weist somit einen deutlichen Zusammenhang mit chronischem Schmerz auf. Traditionelle maskuline Geschlechtsrollennormen können im Verlauf der Schmerzerkrankung nicht aufrechterhalten werden.</p>	
<p>Beurteilung der Studie: Teuber, N., Thiele, A. & Eberhardt, B. (2006). Geschlechterrolle und Schmerzerleben. <i>Schmerz</i>, 20, 307–313.</p>					

Stichprobe:

Die Grösse der Schmerz- und Kontrollgruppe N= 45 ist identisch und die Aufteilung in Gruppen von Männer N= 16/18 und Frauen 29/27 stimmt fast überein und ist somit vergleichbar. Die Stichprobe ist sehr homogen in den soziodemographischen Variablen. Die Gruppen sind bezüglich des Durchschnittalters (47.1 J./44.2 J.) ausgeglichen. Die Interpretierbarkeit der Studie ist laut Forscher aufgrund des geringen Stichprobenumfanges und aufgrund des Querschnittsdesigns begrenzt.

Die Fragestellung und Hypothesen sind formuliert.

Design & Methode:

Das Design und die Methode werden beschrieben. Zudem ist die Hypothese und Fragestellung im Text angegeben.

Es wird keine Angabe über eine Genehmigung eines Ethikkomitees gemacht.

Datenerhebung:

Die Datenerhebung ist für das Untersuchungsthema nachvollziehbar.

Die Fragebogenskalen MRNS und GEPAQ sind in der Literatur beschrieben und werden in der Studie genau aufgezeigt. Sie sind auf ihre Validität und Reliabilität geprüft. Die FRNS Skala haben die Forscher für diese Studie selbst konstruiert, ein empirischer Nachweis fehlt. Die Reliabilität ist geprüft.

Datenanalyse:

Die Analyse der Daten ist genau beschrieben. Die Signifikanzniveaus sind angegeben. Die multivariante Varianzanalyse MANOVA ist bei diesen Datenniveaus angebracht, da die abhängigen Variablen im Bezug zu mehreren unabhängigen Variablen betrachtet werden. Die Forscher analysierten die Einzelskalen und erhielten so signifikante Ergebnisse.

Resultate:

Das Thema wird mit vorhandener Literatur unterstrichen und seine Relevanz dargestellt.

Die Resultate werden statistisch dargestellt, beschrieben und kurz diskutiert. Ein Fazit für die Praxis wird aufgezeigt. Die Forscher versichern, dass sie keinem Einfluss von einer Firma unterstehen.

Bedeutung für die Praxis:

Nach Madjar et al. (2001) kann die Studie zu einem Evidenzlevel von drei zugeordnet werden.

Referenz: Paulson, M., Danielson, E. & Söderberg, S. (2002). Struggling for a Tolerable Existence: The Meaning of Men's Lived Experiences of Living with Pain of Fibromyalgia Type. *Qual Health Res*, 12, 238.

1. Sample	2. Design/Methode	3. Daten- erhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Praxis
<p><u>Population:</u> Männer (N=14) Durchschnittsalter 47 Jahre</p> <p><u>Stichprobenziehung:</u> Patienten waren in Behandlung im hospital for rheumatology situated in central Sweden und wurden von dem behandelnden Arzt rekrutiert. Telefonische Anfrage durch medizinisches Personal für die Teilnahme in der Studie.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> - Langfristiger, nicht maligner Schmerz der Fibromyalgieerkrankung, der die ACR Kriterien von Wolfe et al. (1990) erfüllt. - Verheiratet sein oder Zusammenleben mit einer weiblichen Partnerin.</p>	<p><u>Design:</u> Qualitativ, phänomenologische, hermeneutische Methode</p> <p><u>Ziel:</u> Das Ziel der Studie war es, die Bedeutung eines Lebens mit Schmerzen der Fibromyalgieerkrankung aufzuklären und die Erfahrungen der Männer damit festzuhalten.</p>	<p>Narrative Interviews am Wunschort des Teilnehmers. Zwischen 40 und 120 Minuten. Audioaufnahme.</p>	<p>Die narrativen Interviews wurden mehrmals durchgelesen, um möglichst genau zu verstehen, was der Teilnehmer damit ausdrücken wollte. Eigene Gedanken wurden nebenan formuliert. Aussagen wurden von den Forschern interpretiert und zu einem Text verfasst. Dies geschah in Anlehnung</p>	<p>Körper als ein Hindernis: Unterthemen: <u>Leben mit einem widerwilligen Körper:</u> Der Körper wurde als träge mit schmerzenden Muskeln beschrieben. Ein Teilnehmer äusserte: „Ich kann nicht aufstehen, um mit anderen zu sprechen. Es ist schrecklich, nach 5 Minuten bin ich vollgeschwitzt; der Schmerz ist unerträglich, also versuche ich das Gespräch zu beenden und weiter zu gehen“. Durch die Schmerzen und daraus folgende Arbeitsuntätigkeit hatten die Männer Angst vor finanziellen Problemen. Einer sagte „Ich würde gerne arbeiten gehen, aber es geht einfach nicht“.</p> <p><u>Leben von Tag zu Tag in einem Körper voller Schmerzen:</u> Der körperliche Schmerz schwankte und war in Ruhe sowie in schwierigeren Phasen zu spüren. Es war unmöglich, etwas zu planen, denn die</p>	<p>Patientenedukation und Schulung für Personal, um Männern mit einer chronischen Erkrankung empathische und unterstützende Pflege zu bieten. Generalisierbar ist die Studie nicht, das war auch nicht Ziel der Forscher. Sie kann in bestimmten Situationen jedoch hinzugezogen werden. Wie Männer sich fühlen, die alleine und nicht in einer Partnerschaft leben, wäre wohl anders, müsse aber noch erforscht werden.</p>

<p><u>Ausschlusskriterien:</u> Nicht angegeben.</p>			<p>und Interpretation vom französischen Philosophen Ricoeur (1976)</p>	<p>Teilnehmer wussten nicht, ob sie morgen die Energie dafür hätten. Sie leben von Minute zu Minute. Ein Teilnehmer beschreibt : „Ein falscher Griff, um mich nach der Dusche abzutrocknen reicht, dass ich mich mehrere Tage nicht bewegen kann und wie gelähmt bin“.</p> <p>Ein anderer Mann sein: Unterthemen: <u>Nicht derselbe Mann sein wie früher:</u> Die Teilnehmer erzählten, sich nicht mehr als ganze Person zu fühlen, da sie nicht so leben können, wie sie dies in gesundem Zustand tun würden. Sie fühlten sich nicht verstanden. Krankgeschrieben zuhause alleine, fühlten sie sich leer und unselbstbewusst. Teilnehmer, die wieder zur Arbeit gingen, fühlten sich, als würden sie sinnlose Arbeit verrichten. Sie fühlten sich wie Aussenseiter. Ein Teilnehmer sagte „Um ehrlich zu sein habe ich schon paar Mal in Erwägung gezogen, ein Seil zu kaufen, um meinem Leben ein Ende zu setzen, aber ich bin zu feige dafür“. Sie äusserten sich als sehr reizbar und die Familie</p>	
---	--	--	--	---	--

				<p>musste oft darunter leiden. Im Laufe der Zeit lernten die Teilnehmer, sich selbst zu akzeptieren.</p> <p><u>Sich nicht verstanden fühlen:</u> Die Männer erhielten von ihrem Umfeld zwar Empathie, hatten jedoch das Gefühl, hinter ihrem Rücken wird geredet. Sie äusserten, dass sie vor der Erkrankung die Haltung hatten, dass Menschen, die unerklärlicherweise Schmerzen hätten, doch übertreiben würden.</p> <p>Striving to endure: Unterthemen: <u>So normal wie möglich leben:</u> Es war wichtig für die Teilnehmer, Kontakte zu pflegen und diese in guten Zeiten zu treffen. Sie verschwiegen ihr Leiden den Freunden und auch der Familie jedoch oft. Ein Mann sagte von seiner Ehefrau: „Sie erkennt, wenn ich Schmerzen habe, sie sagt immer, ich solle sie in der Nacht wecken, wenn ich Schmerzen habe, aber das kann ich nicht. Sie muss früh aufstehen, um zu arbeiten, also behalte ich es für mich“. Die</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>Männer erzählten von Schwierigkeiten, Gefühle auszudrücken, da sie Angst hätten, als Nörgler bezeichnet zu werden. Erfahrungen aus jüngeren Jahren können dazu beigetragen haben, die Erziehung des Vaters und Grossvaters. „Egal wie krank mein Vater war, er ging immer arbeiten, also sollte ich es doch auch managen können“. Bei der Kindererziehung mitzuhelfen erfüllte sie immer mit Freude. In Urlaub zu fahren bejahten sie zwar, obwohl sie wussten, es wird eine Tortur für sie.</p> <p><u>Suche nach Linderung und Hoffnung:</u> Die Männer glaubten, dass wenn der Schmerz weg wäre, wären die Teilnehmer viel fröhlicher. Wenn der Schmerz ganz heftig war, wollten die Teilnehmer alleine sein. Ein Spaziergang alleine mit dem Hund sei für einen Teilnehmer das hilfreichste gewesen.</p> <p><u>Hoffnung:</u> Trotz dass die Männer denken, sie werden nie mehr ein Leben ohne Schmerzen haben, haben sie sich Ziele im Leben gesetzt. Die</p>	
--	--	--	--	---	--

				Hoffnung auf ein Leben ohne Schmerz gaben sie auf. Sie hofften, er würde einfach nicht schlimmer werden. Ziele waren unter anderem, gesteigerte Arbeitsleistung, tiefere Medikamenteneinnahme und die Hoffnung nie verlieren.	
Beurteilung der Studie Paulson, M., Danielson, E. & Söderberg, S. (2002). Struggling for a Tolerable Existence: The Meaning of Men's Lived Experiences of Living with Pain of Fibromyalgia Type. <i>Qual Health Res</i>, 12, 238.					
<p><u>Stichprobe:</u> Die Stichprobe beinhaltet N=14 Teilnehmer. Die Studie befasst sich nur mit Männern, daher können keine Aussagen über Frauen getroffen werden. Die Teilnehmer waren alle verheiratet oder lebten mit einer weiblichen Partnerin zusammen. Männer, die alleine oder in homosexuellen Partnerschaften leben, sind ausgeschlossen. Die Studie ist daher nicht auf diese generalisierbar. Jedoch laut den Forscher in einen anderen Kontext implementierbar.</p> <p><u>Design & Methode:</u> Das Design und die Methode werden beschrieben. Das Ziel der Studie wird beschrieben. Die Studie wurde vom Ethikkomitee genehmigt.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Die Datenerhebung lehnt sich an die narrative Methode von Ricoeur (1976 zit. nach Paulsen et al., 2002) an. Diese wird beschrieben. Die Forscher geben an, dass keine Beziehung zwischen den Interviewern und den Teilnehmer besteht. Das Interview wurde am für den Teilnehmer bevorzugten Ort durchgeführt. Als Einstieg wurde eine offene Frage mit dem Fokus auf die Symptome, das tägliche Leben, die Arbeit, das Familienleben und das soziale Leben gestellt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Die Interviews wurden aufgenommen und anschliessend transkribiert. Mehrere Forscher lasen die Texte mehrmals durch. Sie hielten dabei ihre eigenen Gedanken schriftlich fest. Es wurden Themen und Unterthemen festgelegt.</p> <p><u>Resultate:</u> Die Aussagen aus den Interviews werden in den festgelegten Themen und Unterthemen aufgezeigt und mit direkten Zitaten unterstrichen. Die Studie wirkt dadurch glaubwürdig und folgerichtig. Die Darstellung der Teilnehmer scheint realistisch und die Studie kann deshalb als angemessen beurteilt werden. Limitationen der Studie werden aufgezeigt.</p> <p><u>Bedeutung für die Praxis:</u> Die Studie ist nicht vollumfänglich übertragbar, kann jedoch in einem anderen Kontext implementiert werden. Sie ermöglicht medizinisch-</p>					

pflegerischem Personal sowie den Angehörige dieser Männer, sie besser verstehen zu können.
Nach Kearney (2001) kann die Studie einem Evidenzlevel von zwei zugeschrieben werden.

Referenz: Yu, H., Tang, F., Yeh, M., Kuo, B.I. & Yu, S. (2011). Use, Perceived Effectiveness, and Gender Differences of Pain Relief Strategies Among the Community- Dwelling Elderly in Taiwan. *Pain Management Nursing*, 12, 41-49.

1. Sample	2. Design/Methode	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Praxis
<p><u>Population:</u> n=219, Taiwaner n=92 davon haben chronische Schmerzen (w=56, m=36)</p> <p>Alter 65-91 Jahre</p> <p>Durchschnittsalter: 74.16 Jahre</p> <p><u>Stichprobe:</u> 42% mit chronischen Schmerzen</p> <p><u>Stichprobenziehung:</u> Die Teilnehmer wurden ausgewählt mittels einer zweistufigen Randomisierungstechnik von einer Liste mit registrierten Einwohnern. Rückmeldung bei 50.3 %</p>	<p><u>Design:</u> Querschnittstudie</p> <p><u>Ziel:</u> Die Forscher untersuchten den Einsatz und den Nutzen von schmerzlindernden Strategien bei älteren Menschen unter Berücksichtigung des Geschlechts.</p> <p><u>Hypothesen:</u> Keine angegeben.</p> <p><u>Variablen:</u> Konventionelle Medizin: <ul style="list-style-type: none"> - Rezeptpflichtige Medikamente - Nichtrezeptpflichtige Medikamente - Opiate Nichtmedizinische Strategien: <ul style="list-style-type: none"> - Kälteapplikation - Wärmeapplikation </p>	<p>Face-to-face Interview mittels Fragebogen, der in 3 Teile unterteilt war. Grundlegende Informationen, Schmerz- assesment mit NRS und der schmerz- lindernde Strategiefra- gebogen (PRSQ)</p>	<p><u>Datenniveau:</u> Nominal (Therapiebe- wertung, NRS)</p> <p>Intervall (Schmerzhäufi gkeit)</p> <p><u>Statistische Verfahren:</u> Univariate Analyse, deskriptive Statistik.</p> <p><u>Signifikanz- niveau:</u> Nicht angegeben.</p>	<p>Konventionelle Medizin wird von den Teilnehmern mehr genutzt als die Komplementär- und Alternativmedizin sowie psychologische Strategien. Die drei von den Teilnehmern gebräuchlichsten Strategien der konventionellen Medizin waren Positionswechsel (72.8%), rezeptpflichtige Medikamente (47.8%) und Opiate (46.7%). In der Komplementär- und Alternativmedizin war die Massage (57.6%) die meist genutzte, gefolgt von einem Seelsorger (15.2%) und der Kräutermmedizin (14.1%). In den psychologischen Strategien war das Akzeptieren (46.7%) und das Ignorieren (41.3%) des Schmerzes die am häufigste angewandten</p>	<p>Pflegende sollten mehr Aufmerksamkeit gegenüber chronischen Schmerz- patienten und deren Problemen zeigen. Pflegende können den Patienten diverse Strategien beibringen. Beachtet werden sollte, dass die Strategien je nach Geschlecht variieren.</p>

<p><u>Einschlusskriterien:</u> ≥65 Jahre alt, müssen in Taipei City in Taiwan leben, Mandarin oder taiwanesisch sprechen, die Fähigkeit besitzen, die Interviewfragen zu verstehen und zu beantworten. Weiter müssen die Teilnehmer Zuhause leben und Erfahrungen mit chronischem Schmerz haben.</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> Keine Angabe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Transkutane Elektro- stimulation - Positionswechsel - Operation <p>Komplementär- und Alternativmedizin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Massage - Meditation - Akupunktur - Kräutermedizin - Chiropraktik - Triggerpunktmassage - Akupressur - Schröpfen - Seelsorger <p>Psychologische Ansätze:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ablenken - ignorieren - akzeptieren <p>sich beschäftigt halten</p>			<p>Strategien. Die meisten Strategien waren gegen den Schmerz ineffektiv. Von allen 22 Strategien wurde keine als die „am meisten linderndste“ von den Teilnehmern genannt. Die 5 am meisten genutzten Strategien von den Männern und Frauen waren die gleichen. Die weiblichen Teilnehmer tendieren öfters dazu, die psychologischen Strategien wie das Akzeptieren zu nutzen als die männlichen Teilnehmer. Über ein Drittel der Teilnehmer äusserte, die „am besten lindernden“ Strategien seien Opiate, Wärmeapplikation, Positionswechsel, Massage und Akupressur. Als „am wenigsten hilfreiche“ Strategien wurden folgende 8 von den Teilnehmer genannt: Nichtrezeptpflichtige Medikamente, transkutane Elektrostimulation, Operation, Chiropraktik, Triggerpunktmassage, Seelsorge, sich ablenken</p>	
---	---	--	--	--	--

				und sich beschäftigt halten. Von über der Hälfte der Teilnehmer wurden die Kälteapplikation, Akupunktur und das Akzeptieren des Schmerzes als „nicht wirksame“ Strategie angegeben.	
--	--	--	--	---	--

Beurteilung der Studie Yu, H., Tang, F., Yeh, M., Kuo, B.I. & Yu, S. (2011). Use, Perceived Effectiveness, and Gender Differences of Pain Relief Strategies Among the Community- Dwelling Elderly in Taiwan. *Pain Management Nursing*, 12, 41-49.

Stichprobe:

Für die Studie wurden (N=219) Personen, die in Taiwan leben, interviewt, wobei die Prozentzahl der Teilnehmer, die unter chronischen Schmerzen litten, 42% betrug. Dies ergab eine Anzahl von N=92 Teilnehmer aus, wovon 56 Frauen und 36 Männer waren. Diese Stichprobe stimmt mit der Anzahl Personen mit Schmerzen in der Gesellschaft überein.

Das Durchschnittsalter der 92 Teilnehmer liegt bei 74.16 Jahren (SD 6.10). Da die Studie auf taiwanesischen Teilnehmer beschränkt ist, ist sie vor allem auf diese übertragbar. Die Stichprobe wurde randomisiert, was die Repräsentativität durch die Zufallsstichprobe gewährleistet (LoBiondo-Wood et al., 2005).

Design & Methode:

Es wird im Fliesstext keine Hypothese und keine Fragestellung erwähnt. Die Forscher zeigen den aktuellen Forschungsstand auf und nehmen Bezug zu relevanter Literatur.

Datenerhebung:

Schmerz wurde in der Studie definiert und so den Teilnehmenden mitgeteilt.

Der PRSQ (Pain Relief Strategies Questionnaire) wird im Fliesstext genau erklärt und Fragen darin zum Verständnis aufgezeigt. Um den PRSQ auf seine Validität und Reliabilität zu überprüfen, beurteilten ihn fünf Experten und zehn ältere Personen füllten ihn probeweise aus. Der CVI (Content Validity Index) war dabei 0.95 und es zeigte sich eine gute interne Konsistenz.

Datenanalyse:

Die Datenanalyse ist kurz beschrieben. Die Auswahl der Interventionen von den Forschern wurde nicht beschrieben. Weshalb die Teilnehmer sich für bestimmte Interventionen entschieden haben, wird nicht weiter erläutert. Die deskriptiven Berechnungen sind in Tabellen und Diagrammen dargestellt.

Resultate:

Die Resultate werden übersichtlich dargestellt und diskutiert. Die genderspezifischen Unterschiede werden einzeln nochmals aufgezeigt. Das Ethikkomitee von Taipei Veterans General Hospital, Taiwan, hat die Studie genehmigt.

Bedeutung für die Praxis:

Ältere Menschen sollen verschiedene Copingstrategien benutzen. Jedem Menschen helfen andere Strategien.

Die Studie kann nach Madjar et al. (2001) auf ein Evidenzlevel von drei eingeordnet werden.

Referenz: Fowler, S. L., Rasinski, H. M., Geers, A. L., Helfer, S. G. & France C. R. (2011). Concept priming and pain: an experimental approach to understanding gender roles in sex-related pain differences. *J Behav Med* ,34, 139-147.

1. Sample	2. Design/Methode	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Praxis
<p><u>Population:</u> N=89 Studenten</p> <p><u>Herkunft:</u> 70% Weisse, 15% Schwarze, 10% Asiaten und 5% gaben keine Ethnie an.</p> <p>Durchschnittsalter: 19.52 Jahre.</p> <p><u>Stichprobe:</u> N= 89 (m= 45, w= 44)</p> <p><u>Stichprobenziehung:</u> Die Teilnehmer wurden nach dem Zufallsprinzip einer von drei Gruppen zugeteilt. Gruppe 1: Weibliche Stereotypen Gruppe 2: Männliche</p>	<p><u>Design:</u> Quantitativ, experimentelles Design</p> <p><u>Ziel:</u> Das Ziel der Studie war, anhand von Auseinandersetzung mit Stereotypen und einer anschliessenden experimentellen Schmerzerfahrung „cold pressor pain“ die Hypothese zu bestätigen, dass covert gender cues einen Einfluss auf die Schmerzerfahrung bei Männern und Frauen hat.</p>	<p>Auseinandersetzung mit den Geschlechtsstereotypen anhand der Bem Sex-Role Inventory und the Personal Attributes Questionnaire.</p> <p>Anschliessend wurden die Teilnehmer gebeten, ihre nicht-dominante Hand für zwei Minuten in ein vier Grad kaltes Wasser zu halten. Sie wurden jedoch informiert, dass sie ihre Hand vorzeitig entfernen können, wenn der Schmerz unerträglich würde.</p> <p>Anschliessend mussten die</p>	<p><u>Datenniveau:</u> Unabhängige Variabel: Nominal (Gruppe)</p> <p>Abhängige Variable: Intervall (MPQ-SF, the Bem Sex-Role Inventory, the Personal Attributes Questionnaire.)</p> <p><u>Statistische Verfahren:</u> Univariate ANOVA</p> <p><u>Signifikanzniveau:</u> Die Ergebnisse sind signifikant</p>	<p>Bei den Frauen und in der Kontrollgruppe gab es in der Schmerz- und Angst-erfahrung keinen Unterschied, egal mit welchem Stereotyp sie sich vorher befasst hatten (priming). Bei den Männern fand sich nach dem priming ein signifikanter Unterschied: die Gruppe Männer, die sich vorher mit weiblichen Stereotypen beschäftigt hatten, schätzte ihre Angst und ihre Schmerzen deutlich geringer ein als die Gruppe Männer, die sich vorher mit männlichen oder neutralen</p>	<p>Die Ergebnisse der aktuellen Studie belegen eindeutig, dass Frauen wie schon in der Literatur mehrmals bestätigt, unabhängig mit welcher Genderrolle sie sich befassen, immer mehr Angst- und Schmerzerfahrung angeben. Männer hingegen, welche sich mit weiblichen Stereotypen befassen mussten, gaben eine deutlich höhere Schmerztoleranz an. Dies könnte für die Praxis bedeuten, dass wenn eine weibliche Fachperson einen Mann nach Schmerzen fragt, dieser seine Schmerzen herunterspielen könnte.</p>

Stereotypen Gruppe 3: Kontrollgruppe <u>Studiengruppen:</u> Randomisierte Mix- Gruppen <u>Einschlusskriterien:</u> Nicht vorhanden. <u>Ausschluss-kriterien:</u> Aktuelle Schmerzen oder Muskelkater.		Teilnehmer den MPQ-SF (McGill Pain Questionnaire) ausfüllen.		Eigenschaften beschäftigt hatten. Als wesentliches Ergebnis beschreiben die Autoren, dass das durch viele Studien belegte Verhalten von Männern, Schmerz und Angst vor Schmerz geringer einzuschätzen als Frauen, durch die Präsenz von femininen Zeichen verstärkt wird.	
---	--	---	--	---	--

Beurteilung der Studie Fowler, S. L. et al. (2010). Concept priming and pain: an experimental approach to understanding gender roles in sex-related pain differences.

Stichprobe:

Bei den Teilnehmern handelt es sich um Studenten der Universität Toledo, USA. Sie (N= 89, w= 44 und m= 45) welche in drei Gruppen randomisiert wurden und verblindet waren. Die Stichprobengrösse wurde nicht begründet.

Design & Methode:

Die Forscher haben ein Ziel und eine Hypothese formuliert, jedoch keine Fragestellung. Das Design und die Methode werden beschrieben.

Datenerhebung:

Die Datenerhebung wurde anhand zwei Gender Role Scale gemacht: The Bem Sex-Role Inventory und the Personal Attributes. Zur Reliabilität und der Validität dieser beiden Skalen nehmen die Forscher keine Stellung. Zudem mussten die Teilnehmer den MPQ-SF (McGill Pain Questionnaire) ausfüllen, welcher auf elf Schmerzbeschreibungen basiert, Dieses Messinstrument ist laut den Forschern reliabel und valide. Zudem fand ein Debriefing statt. Die Durchführungsobjektivität ist gewährleistet, da alle Teilnehmer die gleichen Bedingungen hatten. Die Generalisierbarkeit der Studie muss kritisch beachtet werden, da es sich um ein Laborsetting mit einer

experimentellen Schmerzerfahrung handelte und die Teilnehmer gesunde Studenten waren.

Datenanalyse:

Für das statistische Verfahren haben die Forscher die Varianzanalyse (ANOVA) gewählt. Die Varianzanalyse (ANOVA) ist bei diesen Datenniveaus angebracht, da die abhängigen Variablen im Bezug zu mehreren unabhängigen Variablen betrachtet werden (gender prime: feminine prime vs. masculine prime vs. control) x 2 (sex: male vs. female). Zudem ist sie bei kleinen Stichprobengrößen besonders geeignet (LoBiondo-Wood et al., 2005).

Resultate:

Die Resultate sind signifikant und werden anhand von drei Tabellen erläutert. Es wurden keine Angaben zu einer Genehmigung von einem Ethikkomitee gemacht.

Bedeutung für die Praxis:

Nach Madjar et al. (2001) kann die Studie einem Evidenzlevel von zwei zugeordnet werden.

Referenz: Keogh, E., McCracke, L. M. & Eccleston C. (2005). Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management? *Pain*, 114, 37–46.

1. Sample	2. Design/Methode	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Praxis
<u>Population:</u> Chronische Schmerzpatienten vom Royal National Hospital for Rheumatic Diseases, in Bath, UK. <u>Stichprobe:</u> N= 98 (m= 33, w= 65)	<u>Design:</u> Quantitativ, Quasi-experimentelles Design <u>Ziel:</u> Das Ziel der Studie ist herauszufinden, ob durch ein interdisziplinäres Schmerz	<u>Pain Intervention:</u> Die Teilnehmer wurden einer der drei Gruppen zugeteilt. 1. Gruppen-basierte, interdisziplinäre Behandlung in einem 3-Wochen Wohn-Programm. 2. 4-Wochen Wohn-	<u>Datenniveau:</u> Unabhängige Variabel: Nominal (Gruppe) Abhängige Variable: Intervall (NRS, BDI, PASS, PCS, SIP, CPAQ,)	Die Chi Quadrat Analyse gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Männern und Frauen an. Die Varianzanalyse (ANOVA) gab an, dass	Es ist schwierig herauszufinden, wieso bei den Männern ein nachhaltiger Effekt erzielt wurde und bei den Frauen nicht. Vielleicht hätten die Frauen während den drei Monaten bis zum Follow-up noch eine weitere Betreuung gewünscht und fühlten sich alleine

<p><u>Stichprobenziehung:</u> Durch freiwillige Mitarbeiter</p> <p><u>Studiengruppen:</u> Einteilung in drei Gruppen. Mixed-Groupes Design Laut den Forscher fanden keine Gruppenunterschiede statt.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> Schmerzen seit mindestens sechs Monaten vor dem Interventionsprogramm der Studie.</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> Psychische Erkrankungen, welche die Schmerzen beeinflussen könnten.</p>	<p>Management durch Pflege, Ärzte, Ergo, Physio, Physikern und Psychologen nach der Behandlung bzw. nach drei Monaten, beim Follow-up, sich Männer und Frauen verschieden äussern in Bezug auf Schmerzen, Leiden und Einschränkungen.</p> <p><u>Hypothesen:</u> 1. Die Frauen werden im Vergleich zu den Männern höhere Schmerz- und Stresslevels angeben. 2. Das Schmerzmanagement wird einen signifikanten Effekt auf die Schmerzäusserung und das Schmerzverhalten haben. 3. Die Frauen</p>	<p>Programm</p> <p>3. 3-Wochen Krankenhaus-basiertes Format.</p> <p>Die Behandlung einer Gruppe war etwas länger, dies habe aber keine Auswirkung auf die Resultate, da auf die Teilnehmer individuell eingegangen worden ist.</p> <p><u>Messungen:</u> Bei der Krankenhaus-Gruppe kamen keine Männer zum Follow-up, deshalb musste diese Gruppe von der Studie ausgeschlossen werden.</p> <p>Für die subjektive Schmerz- und Stressmessung haben die Forscher je die 11-point numerical scale hinzugezogen. Als weiteres Messinstrument, um den Stressfaktor zu ermitteln, wurde die</p>	<p><u>Statistische Verfahren:</u> Chi-Quadrat Analyse und Varianzanalyse (ANOVA)</p> <p><u>Signifikanzniveau:</u> Wird nicht im Fliesstext angegeben.</p>	<p>Männer und Frauen gleich nach der Intervention eine allgemeine Verbesserung der Situation äusserten.</p> <p>Beim Follow-up gaben die Männer immer noch die gleiche Verbesserung an, die Frauen jedoch nicht mehr.</p>	<p>gelassen. Und die Männer konnten vielleicht das gelernte Anwenden und so einen nachhaltigen Effekt erzielen.</p>
--	---	---	---	--	---

	<p>werden nach der Behandlung eine Verbesserung in Bezug auf Stress, ihre Leiden und Einschränkungen angeben.</p>	<p>PCS (Pain Catastrophizing Scale) eingesetzt. Um den Schweregrad einer möglichen Depression zu erkennen, haben die Forscher die BDI (Beck Depression Inventory) verwendet. Zudem haben die Forscher anhand der PASS (Pain Anxiety Symptom Scale) Schmerz- und Angstsymptome gemessen. Anschliessend wurden noch weitere klinische Messungen gemacht bei der die SIP (Sickness Impact Profile), und der CPAQ (Chronic Pain acceptance Questionnaire) verwendet wurden.</p>			
--	---	---	--	--	--

Beurteilung der Studie Keogh, E., McCracke, L. M. & Eccleston C. (2005). Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management? *Pain*, 114, 37–46.

Stichprobe:

Die Stichprobengrösse lag bei N=98, wovon 65 Frauen und 33 Männer waren. Alle Teilnehmer waren chronische Schmerzpatienten des Royal National Hospital (UK) für rheumatische Erkrankungen. Das Durchschnittsalter lag bei 44.32 Jahren.

Alle Teilnehmer wurden von freiwilligen Mitarbeitern rekrutiert. Bei einer Gruppe kamen keine Männer mehr zum Follow-up, deshalb musste diese Gruppe von der Studie ausgeschlossen werden. Die Stichprobengrösse wurde in der Studie nicht begründet, der Überschuss von Frauen muss jedoch laut den Forschern kritisch betrachtet werden.

Design & Methode:

Das Ziel, die Fragestellung und die drei Hypothesen sind transparent. Die Forscher wählten ein mixed-groups Design. Dabei wurde der Gruppenfaktor „Geschlecht“ (male vs. female) und der Faktor innerhalb einer Gruppe, das heisst, die Zeit der Testung vor- nach und beim Follow-up (pre- vs. postintervention vs. 3 month follow-up) gewählt. Die abhängigen Variablen waren die Schmerzmessung, der Stressfaktor und die Einschränkungen.

Datenerhebung:

Die Datenerhebung wurde folgendermassen vorgenommen: Für die subjektive Schmerz- und Stressmessung haben die Forscher je die 11-point numerical scale hinzugezogen. Als weiteres Messinstrument, um den Stressfaktor zu ermitteln, wurde die PCS (Pain Catastrophizing Scale) eingesetzt. Um den Schweregrad einer möglichen Depression zu erkennen, haben die Forscher die BDI (Beck Depression Inventory) verwendet. Zudem haben die Forscher anhand der PASS (Pain Anxiety Symptom Scale) Schmerz- und Angstsymptome gemessen. Anschliessend wurden noch weitere klinische Messungen gemacht bei der die SIP (Sickness Impact Profile), und der CPAQ (Chronic Pain acceptance Questionnaire) verwendet wurden. Alle verwendeten Messinstrumente sind laut den Forschern valide und reliabel. Es wurden drei und vierwöchige interdisziplinäre Schmerz Management Interventionen durchgeführt. Die Durchführungsobjektivität ist laut den Forschern gewährleistet, da individuell auf die Teilnehmer eingegangen wurde. Die Generalisierbarkeit der Studie ist möglich, da es sich um chronische Schmerzpatienten in einem natürlichen Setting handelte. Eine Ethikkommission hat das Vorgehen bzw. alle Messungen überprüft.

Datenanalyse:

Für das statistische Verfahren wurde ANOVA und die Chi-Quadrat³ Analyse verwendet.

Resultate:

Die Resultate sind signifikant, werden in der Studie diskutiert und mit der bereits vorhandenen Literatur verglichen.

Bedeutung für die Praxis:

Nach Madjar et al. (2001) kann die Studie zu einem Evidenzlevel von drei zugeordnet werden.

Referenz: Robinson, M. E. & Wise E. A. (2003). Gender bias in the observation of experimental pain. *Pain*, 104, 259–264.

1. Sample	2. Design/Methode	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Praxis
<p><u>Population:</u> N= 29 freiwillige Psychologiestudenten</p> <p>w= 15 Frauen m= 14 Männer</p> <p>Durchschnittsalter: 21,7 Jahre</p> <p>Altersspanne: 18-33 Jahre, wovon 97,0% Single waren</p> <p>83,0% der Probanden sehen sich als Europäer.</p> <p><u>Stichprobenziehung:</u> Rekrutiert von der Universität Florida.</p> <p><u>Studiengruppen:</u> Mixed-Groups Design</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> Nicht vorhanden.</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p>	<p><u>Design:</u> Quantitativ, Quasi-experimentelles Design</p> <p><u>Fragestellung:</u> Haben Männer und Frauen verschiedene Empfindungen in Bezug auf Schmerz und Schmerz verbundene Emotionen, wenn es um das Wahrnehmen von Schmerzen bei anderen Männern und Frauen in einem Video geht?</p> <p><u>Hypothesen:</u> Weibliche Beobachter werden berichten, dass die weiblichen Teilnehmer mehr Schmerzen erfahren und weniger bereit sind, diese auszuhalten, sich</p>	<p>Die Teilnehmer wurden gebeten, sich ein Video anzuschauen, in welchem Probanden einen experimentellen Schmerz „cold pressure“ ausgesetzt wurden. Die Video-Präsentation bestand aus 10 Videoclips. Jeder Videoclip dauerte 30 Sekunden. Die zehn Probanden, welche im Video zu sehen waren, wurden von der Uni in Florida rekrutiert. Die Teilnehmer der Studie wurden vor dem Video schauen genau über das Vorgehen im Video</p>	<p><u>Datenniveau:</u> Unabhängige Variabel: Nominal (Gruppe)</p> <p>Abhängige Variable: Intervall (VAS, GREP)</p> <p><u>Statistische Verfahren:</u> ANCOVA</p> <p><u>Signifikanzniveau:</u> Ist im Fliesstext nicht angegeben.</p>	<p>Die Ergebnisse der Studie sind folgende: Die männlichen Beobachter der Studie gaben an, dass die Männer im Video weniger Schmerzen hatten als die Frauen. Die weiblichen Beobachter gaben an, dass die Frauen im Video mehr Schmerzen hatten als die Männer. Weiterhin gaben die weiblichen Beobachter beiden Geschlechtern</p>	<p>Die Ergebnisse der aktuellen Studie belegen eindeutig, dass Frauen eine tiefere Schmerztoleranz haben. Die Studie zeigt, dass Frauen die Schmerzstärke bei Frauen und bei Männern höher einschätzen als Männer. Frauen und Männer geben an, dass Frauen stärkere Schmerzen spüren.</p>

Nicht vorhanden.	<p>jedoch besser zu den Schmerzen äussern, können im Gegensatz zu den Männern. Männliche Beobachter werden berichten, dass die Frauen mehr Schmerz erfahren und dies auch weniger gut aushalten können und Männer sich schlechter zu den Schmerzen äussern können als Frauen.</p> <p>Null-Hypothese: Dass die Beobachter keine geschlechter-spezifischen Unterschiede feststellen.</p>	<p>informiert. Anschliessend mussten die Teilnehmer die Schmerzen der Probanden im Video anhand der VAS einschätzen und den GREP (Gender Role Expectations of Pain Questionnaire) ausfüllen.</p>		<p>höhere VAS-Werte als die männlichen Beobachter. Zusammenfassend gaben die weiblichen Beobachter in der ganzen Studie höhere Schmerzwahrnehmungen an als die männlichen Beobachter.</p>	
------------------	--	--	--	---	--

Beurteilung der Studie Robinson, M. E. & Wise E. A. (2003). Gender bias in the observation of experimental pain. *Pain*, 104, 259–264.

Stichprobe:

Die Stichprobe (N=29, w=15, m=14) waren Studenten und wurde von freiwilligen Mitarbeitern der Universität Florida (USA) rekrutiert. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 21.7 Jahren.

Design & Methode:

Die Teilnehmer wurden gebeten, sich ein Video anzuschauen, in welchem Probanden einem experimentellen Kälteschmerz ausgesetzt wurden. Die Video-Präsentation bestand aus zehn Videoclips, wobei jeder Videoclip 30 Sekunden dauerte.

Die Fragestellung und die Hypothesen sind transparent, es wurde jedoch kein Ziel formuliert. Das Design und die Methode wurden beschrieben.

Datenerhebung:

Die Datenerhebung wurde anhand der VAS (Visual Analog Scale) und der GREP (Gender Role Expectations of Pain Questionnaire) nach Robinson et al. (2001) vorgenommen.

Der GREP sind zwölf visuelle, analoge Skalen, welche die geschlechtstypischen Sichtweisen der Teilnehmer in Bezug auf Schmerzsensibilität, Schmerzausdauer und die Bereitschaft gegenüber Schmerz bewertet. Laut den Forschern sind beide Messinstrumente reliabel und valide. Die Forscher machen speziell darauf aufmerksam, dass der GREP durch den Test-Re-Test eine Beständigkeit in der Stabilität der Reliabilität gezeigt hat. Die Durchführungsobjektivität ist gewährleistet, da alle Teilnehmer die gleichen Bedingungen hatten. Die Generalisierbarkeit muss kritisch beachtet werden, da alle Teilnehmer Studenten waren.

Im Fliesstext wird nicht erwähnt, ob die Studie von einem Ethikkomitee überprüft wurde.

Datenanalyse:

Für das statistische Verfahren wurde ANCOVA verwendet.

Resultate:

Sind klar ersichtlich und werden in der Diskussion umfangreich diskutiert.

Bedeutung für die Praxis:

Nach Madjar et al. (2001) kann die Studie zu einem Evidenzlevel von drei zugeordnet werden.

Referenz: Strong, J., Mathews, T., Sussex, R., New, F., Hoey, S. & Mitchell, G. (2009). Pain language and gender differences when describing a past pain event. *Pain*, 145, 86–95.

1. Sample	2. Design/Methode	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Praxis
<p><u>Population:</u> N=201 Studenten m= 35.32% w= 64.68%</p> <p><u>Stichprobe:</u> <u>Alter:</u> 18-29 Jahre (Durchschnitt = 19.22, SD = 1.36).</p> <p><u>Stichprobenziehung:</u> Die Stichprobe wurde an einer australischen Universität rekrutiert. Es wurde Werbung wurde nach einem formellen Essen dafür gemacht. Sich gemeldet haben 18.74% Frauen und 12.31% Männer, also 15.61% Studenten der Universität.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> Freiwillige</p>	<p><u>Design:</u> Deskriptive, analytische Studie</p> <p><u>Ziel:</u> Das Ziel der Studie war, die Geschlechtsunterschiede in der Sprache von sehr belesenen Männern und Frauen herauszufinden, wenn sie ein vergangenes Schmerzerlebnis beschreiben.</p> <p><u>Hypothesen:</u> Keine Angabe</p> <p><u>Variablen:</u> Alter Wortzählung Geschlecht</p>	<p>Die Teilnehmer beschrieben schriftlich ein vergangenes Erlebnis, indem sie Schmerzen erlebt haben und sollten dabei schreiben, was passiert ist, wie sie sich fühlten, was sie taten und was andere taten. Weiter wurden die Teilnehmer über ihr Alter, Geschlecht, gesprochene Sprachen, Schmerzgeschichte und aktuelle Schmerzen befragt. Die Befragung dauerte 10-15 Minuten.</p>	<p><u>Datenniveau:</u> Nominal (MPQ, Variablen)</p> <p><u>Statistische Verfahren:</u> Eine quantitative Inhaltsanalyse wurde bei den Schmerzbeschreibung -en durchgeführt. Quantitative Analyse der demografischen Daten und der Wortnutzung wurde mit dem Programm SPSS durchgeführt. t-Test und Chi-Square Test wurden durchgeführt. Die Texte wurden durch einen der Forscher codiert und durch den Hauptforscher gegengelesen. Einige der befragten beschrieben mehr als ein Event. Diese</p>	<p>Geschlechtsunterschiede wurden in den Wörtern und Muster der Sprache gefunden, beim Fokus der Beschreibung und bei den emotionalen Reaktionen auf Schmerzen. Frauen nutzten dabei mehr Wörter (84.22, SD = 41.76) ($t = 4.87, p < 0.001$), mehr Adjektive des McGill Pain Questionnaire descriptors ($x^2 = 3.07, p < 0.05$), sie nutzten eine bildhaftere Sprache als Männer und fokussierten sich auf die Sinnesaspekte ihres Schmerzerlebens. Männer nutzten weniger Wörter (57.06, SD = 35.43), eine weniger beschreibende</p>	<p>Die Ergebnisse können im Assessment und der Behandlung von Schmerzen von Patienten dem medizinisch-pflegerischem Personal helfen.</p>

<p>Teilnahme <u>Ausschlusskriterien</u> : Nicht beschrieben.</p>			<p>wurden dann separat codiert. Die Texte wurden durch das Wörter-Analyse Programm Leximancer analysiert.</p> <p><u>Signifikanzniveau:</u> Die Ergebnisse sind signifikant.</p>	<p>Sprache und fokussierten sich auf das Schmerzerlebnis und die Gefühle. Die statistische Analyse ergab, dass die Männer weniger gern die Frage der Studie beantworteten als die restlichen Fragen. ($\chi^2 = 5.87$, $p = 0.015$). Frauen beschrieben ihren Schmerz am meisten mit den Wörtern „scharf“, „pochend“, „dumpf“, „intensiv“ und „stechend“, während Männer die Wörter „scharf“, „pochend“, „ärgerlich“, „brennend“, und „matt“ benutzten. Hauptunterschied der Geschlechter war hierbei, dass die Frauen mehr „intensiv“ und „stechend“ nutzten und Männer „ärgerlich“ und „brennend“. Die Männer beschrieben ihr Erlebnis oft objektiver und weniger genau als die Frauen, was auf eine geringere Bereitschaft, Schmerz-</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>erlebnisse zu beschreiben seitens der Männer einhergeht. Laut Klonoff et al. zitiert durch die Studie, wird Schmerz von den Männern oft als ein Gefühl, das Verlegenheit ausdrückt angesehen. Beide Geschlechter hatten Mühe, Schmerzen zu beschreiben 8.46% der Frauen und 4.23% der Männer. Die Männer gaben an, oft Fluchwörter zu brauchen und benutzten sie mehr, als Frauen dies taten.</p>	
<p>Beurteilung der Studie Strong, J., Mathews, T., Sussex, R., New, F., Hoey, S. & Mitchell, G. (2009). Pain language and gender differences when describing a past pain event. Pain, 145, 86–95.</p>					

Stichprobe:

Um herauszufinden, wie Männer und Frauen Schmerzen beschreiben ist die Stichprobenwahl ausreichend. Die Ergebnisse lassen sich jedoch nicht auf die ganze Universität und nicht auf alle Studierende generalisieren, da 15.61% der Studenten von dieser Universität teilnahmen. Da die Teilnehmer der Stichprobe jung, gesund und gebildet sind, lassen sich die Ergebnisse laut den Forscher nicht auf klinische Patienten, ältere Menschen oder weniger gebildete Menschen übertragen. Es wird angegeben, dass die Forscher finanziell keine Interessenskonflikte hatten.

Design & Methode:

Das Design wird beschrieben und Ziele erfasst. Das Design ist passend.

Datenerhebung:

Die Erhebung der Daten wird genau beschrieben und erklärt. Die MPQ Adjektive werden beschrieben und mit Quellen angegeben. Die Studie wurde durch das Ethikkomitee von der University of Queensland Behavioural and Social Sciences genehmigt.

Datenanalyse:

Die statistische Auswertung ist genau beschrieben. Die benutzten Adjektive werden in einer Konzept Karte grafisch dargestellt. Die Mischung der Codierung mittels PC Programm Leximancer und teils von Hand schien nötig. Denn alleine durch Wortzählung ist die Aussagekräftigkeit klein. Es wurde kein Unterschied zwischen physischem und psychischem Schmerz gemacht.

Resultate:

Die Resultate sind sorgfältig aufgezeigt und in Tabellen dargestellt. Sie werden mit Aussagen der Teilnehmer unterstrichen. Die Resultate werden diskutiert und interpretiert und mit Literatur verglichen. Dies gewährleistet die Objektivität der Studie. Die Limitationen der Studie werden aufgezeigt und Empfehlungen für zukünftige Studien beschrieben.

Bedeutung für die Praxis:

Die Studie kann Pflegenden helfen zu verstehen, wie Männer über ihre Schmerzen sprechen oder schreiben. Dies kann beim Schmerzassessment hilfreich sein. Auch zu wissen, dass Männer weniger Bereitschaft zeigen ihre Schmerzen zu erklären und sie eher wütend oder genervt reagieren kann hilfreich sein.

Nach Madjar et al. (2001) kann die Studie einem Evidenzlevel von zwei zugeordnet werden.

12.4 Search History

Datum:	Datenbank:	Suchstrategie/ Keywords:	Hits:	relevante Artikel/Abstracts:
08.09.2012	Medline via OvidSP	1. Men's Health AND Middle Age	3'048'228	0
		2. Pain Management AND Pain	109'183	0
		3. 1 AND 2	30'495	0
		4. Gender	163'596	0
08.09.2011	Medline via OvidSP	1. Chronic Pain AND Nursing	20	0
		2. Women's Health	20'044	0
08.09.12	Medline via OvidSP	1. Gender identity AND pain	183	15
09.09.2012	CINAHL Database	1. Men's Health AND Pain	88	0
10.12.2012	Sciencedirect	1. Gender AND Keogh	82	1